



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica:
A ‘ARTE’ de Cuidar

Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica:
A ‘ARTE’ de Cuidar

Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro


Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Co-Orientador: Não se Aplica

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

“(...) e então voltou para o pé da raposa e disse:

- Adeus...

- Adeus. Disse a raposa.

- Vou te contar o tal segredo: Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos...

- O essencial é invisível para os olhos. Repetiu o Príncipezinho, para nunca mais se esquecer. (...)”

(In “Príncipezinho”, Saint-Exupéry)

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde.

ESCJ – Especialista em Saúde da Criança e Jovem.

EESCJ – Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e Jovem.

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

ESIP – Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

HFF – Hospital Fernando Fonseca.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

RN – Recém nascido.

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração.

USF – Unidade de Saúde Familiar.

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico.

RESUMO

A temática do presente relatório é A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, a qual é expressa pelo acrónimo 'ARTE' presente no título. Neste âmbito, reitera-se que o 'cuidar' para Jean Watson e Collière é concebido como uma arte, que implica o uso do próprio *self* para desenvolver a relação com o Outro. Assim, decorrente da minha prática clínica pude perceber que os enfermeiros em contexto pediátrico desenvolvem relações aparentemente de qualidade com o cliente pediátrico. No entanto, os aspetos documentados não dão visibilidade a este processo, o que leva a que se questione a sua tomada de consciência e intencionalidade. Face ao problema que identifiquei, emergiu como objeto de estudo o processo de desenvolvimento da Relação terapêutica em Enfermagem Pediátrica.

Face ao exposto, a elaboração deste relatório teve como finalidade aglutinar as experiências de aprendizagem, que ocorreram em contexto de estágio, com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao EESCJ no que concerne ao processo de desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente pediátrico. A metodologia utilizada foi a Teoria da Aprendizagem Experiencial que reconhece os contributos da experiência para o desenvolvimento profissional. Para a reflexão da e sobre a prática recorreu-se ao Modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs.

Foram desenvolvidas diversas atividades destacando-se: a identificação das necessidades emocionais do cliente pediátrico, identificação das estratégias de comunicação utilizadas na prestação de cuidados, entrevista semiestruturada para explorar a dimensão emocional dos cuidados, promoção de momentos de reflexão de situações de cuidados emocionalmente intensas. Os objetivos definidos foram atingidos e contribuíram para o desenvolvimento das competências de EESCJ.

Palavras-chave: Cuidar; Relação Terapêutica; Comunicação Terapêutica; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

The theme of this report is the Therapeutic Relationship in Pediatric Nursing, which is expressed by the acronym 'ARTE' present in title. In this context, it appears that the 'care' for Jean Watson and Collière, is designed as an art, which involves the use of one's self to develop the relationship with the Other.

So, due to my practice I realized that nurses in pediatric settings apparently develop quality relationships with the pediatric client. However, documented aspects do not give visibility to this process, which leads to the question of its consciousness and intent outlet. From the problem identified, it emerged as an object of study, the development process of the therapeutic relationship in Pediatric Nursing.

This report was intended, join the learning experiences that occurred on stage context, through reflection, the accommodation of knowledge inherent of nurse specialist in child health and with respect to the therapeutic relationship development process between nurse and pediatric client. The methodology used was the Theory of Experiential Learning that recognizes the contributions of experience for professional development. For reflection of the practice resorted to the Reflection Model Structured Gibbs cycle.

Various activities have been developed with focus on: the identification of the emotional needs of the pediatric client, identify communication strategies used in providing care, semi-structured interviews to explore the emotional dimension of care, promotion of informal moments for reflection emotionally intense care situations.

The goals set have been achieved and contributed to the development of nurse specialist in child health skills.

Key Words: Caring; Therapeutic Relation; Therapeutic Communication; Pediatric Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. Cuidar como uma “arte”	15
1.2. Experiências da criança e do jovem em situação de Hospitalização .	18
1.3. Construção da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica.....	21
1.4. Mapa conceptual	26
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	28
3. ASPETOS METODOLÓGICOS	29
4. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	32
4.1. Serviço de Urgência Pediátrica.....	33
4.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	40
4.3. Cuidados de Saúde Primários.....	45
4.4. Serviço de Internamento de Pediatria	51
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	57
6. PROJETOS FUTUROS.....	59
7. CONCLUSÃO	60
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

Apêndice I. Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice II. Diário de Campo I

Apêndice III. Entrevista Semiestruturada

Apêndice IV. Registo Reflexivo da Observação de uma Sessão do Curso de Preparação para a Maternidade

Apêndice V. Diário de Campo II

Apêndice VI. Proposta de Adequação dos Registos

Apêndice VII. Documentos para Formação em Serviço

Índice de Figuras

Figura 1. A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar – Mapa Conceptual.....	26
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1. Atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.....	35
Quadro 2. Atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos neonatais.....	42
Quadro 3. Síntese das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	48
Quadro 4. Síntese das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Serviço de Internamento de Pediatria.....	53

INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses distingue as competências dos enfermeiros generalista e especialista, defendendo que o desempenho do enfermeiro especialista deve espelhar uma prestação de cuidados de nível avançado, devendo para tal ser desenvolvida uma capacidade reflexiva, que conduza ao cuidado de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Face ao exposto, o presente Relatório de Estágio tem como alicerce fundamental o Modelo de Aprendizagem Reflexiva de modo a contribuir para o desenvolvimento da prática reflexiva e consequentemente à prática da Enfermagem Avançada (Benner, 2001). Note-se que a experiência é importante para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, aspeto que é reforçado pela Teoria da Aprendizagem Experiencial, desenvolvida inicialmente por David Kolb (1984), citado por Pimentel (2007), defendendo que os contributos da experiência são cruciais para o desenvolvimento profissional, através de um ciclo de experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata e experiência ativa.

Assim, a experiência é vivida, refletida e conceptualizada ocorrendo a integração do novo conhecimento nos esquemas mentais pré-existentes, pelo que decorrente da repetição deste ciclo de aprendizagem, o processo de integração torna-se progressivamente mais complexo e o processo de diferenciação amplia-se.

Nesta linha de pensamento, o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em ESCJ visa a aquisição de competências de enfermeiro especialista, sendo que o EESCJ intervém com o intuito de assistir “(...) a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (...) nas situações de especial complexidade; (...) em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2). O cuidado à criança e ao jovem envolve sempre o elemento ‘família’, cuja definição com que mais me identifico, é a que sugere que a família consiste “(...) no que a pessoa considera que seja.” (Murray, 2006), dando relevo à subjetividade individual do Outro.

Exerço funções há nove anos num serviço de Pediatria de um Hospital Distrital de Lisboa, o qual tem capacidade para receber 42 crianças e jovens, das quais 6 se inserem numa Unidade de Cuidados Intermédios. Os enfermeiros deste serviço são bastante jovens, com tempos de exercício profissional entre os dois e os 14 anos.

A dimensão do serviço e as suas exigências constituem um fator que pode contribuir para o *distress* físico e psicológico dos profissionais, aspeto referido pelos mesmos, em momentos informais de partilha. Este serviço recebe crianças e jovens com as mais diversas patologias, o que implica uma constante atualização de conhecimentos bem como, uma elevada resiliência para a gestão das emoções perante situações de doença complexas.

Desta forma, os enfermeiros deste serviço tendem a dar bastante de si às pessoas de quem cuidam (Watson, 2002, 2005), desenvolvendo relações terapêuticas, aparentemente, de qualidade, contudo os registos de enfermagem não dão visibilidade a esta relação, o que poderá suscitar dúvidas quanto à importância e intencionalidade que lhe atribuem. A intencionalidade da ação distingue as intervenções terapêuticas das não terapêuticas, assim para desenvolver uma relação terapêutica são mobilizadas determinadas estratégias de forma consciente e deliberada, sendo a comunicação terapêutica fundamental (Sequeira & Coelho, 2014).

Por sua vez, são admitidas com frequência crianças e jovens sem acompanhante, pelo que a relação terapêutica desenvolvida é ainda mais perentória, ao ser desejável que os enfermeiros assumam o papel de pais num plano mental (Zengerle-Levy, 2004).

Face ao exposto, constata-se que a relação terapêutica tem sido amplamente estudada em várias áreas do saber, sendo que a possibilidade de mudança ocorre na e pela relação desenvolvida (Leal, 2005), para além de ser um processo central no cuidar, permite conhecer e compreender melhor o cliente de cuidados (Collière, 1999; Watson, 2002). Vários autores (Lopes, 2005; Chalifour, 2008), distinguem os momentos que compõem a relação terapêutica: a fase inicial diz respeito ao primeiro contacto, a fase intermédia corresponde ao período em que o profissional explora as características do Outro e determina estratégias de intervenção, a terceira fase consiste no fim da relação (Lopes, 2005) ou fase de conclusão (Chalifour, 2008).

Neste sentido, o acrónimo encontrado para identificar este percurso de aprendizagem “ARTE” na Pediatria “A Relação Terapêutica em Enfermagem”, remete precisamente para a Teoria do Cuidar proposto por Jean Watson e Collière, concebendo o ‘cuidar’ em enfermagem como uma arte e simultaneamente uma ciência.

Desta forma, o objeto de estudo que norteou este percurso de aprendizagem, diz respeito ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, que é crucial no ‘cuidar’ implicando reciprocidade e o uso do próprio *self* (Watson, 2002). A literatura de Enfermagem em Saúde Mental parece revelar um maior investimento neste domínio, contudo na Enfermagem Pediátrica observa-se que os enfermeiros parecem assumir um nível de envolvimento elevado, mas a visibilidade que lhe dão é diminuta ou nula, aspeto reforçado por Lopes (2005), ao afirmar que as teorizações relativas à dimensão relacional dos cuidados parecem espelhar uma clivagem entre os cuidados relacionais e os outros.

Assim, o problema identificado e que esteve na origem deste processo de aprendizagem, emergiu da minha prática clínica. Numa perspetiva pessoal surgiram-me frequentemente questões e ambivalências relacionadas com o processo de relação entre o Enfermeiro e o cliente pediátrico, as quais me têm levado a ter um particular interesse, em investir e aprofundar conhecimentos nesta área, pouco explorada no âmbito da Enfermagem Pediátrica.

Posto isto, a elaboração deste relatório tem como finalidade aglutinar as experiências de aprendizagem, que ocorreram em contexto de estágio, com vista, através da reflexão, à acomodação de conhecimentos inerentes ao EESCJ e no que concerne ao processo de desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente pediátrico.

Para concretizar a finalidade proposta, começo por apresentar o enquadramento conceptual que suportou teoricamente as atividades desenvolvidas em estágio e que, são descritas e exploradas posteriormente. O relatório culmina com as competências adquiridas ao longo deste percurso, bem como, os projetos futuros, relativos a necessidades que foram identificadas por mim e que vão permitir dar continuidade ao processo de desenvolvimento de competências, por forma a garantir a crescente qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo visa dar a conhecer os fundamentos teóricos que nortearam a definição e desenvolvimento das atividades que foram realizadas em contexto de estágio. Trata-se de um capítulo fundamental, uma vez que se espera que os enfermeiros especialistas prestem cuidados de alta qualidade, para o que é importante que a prática seja baseada na evidência, por forma a unificar a teoria e a prática. Este aspeto tem sido alvo de investigação e de discussão no âmbito da prática de enfermagem.

Observa-se assim, que " O que é conhecido difere do que é feito." (Hunt, 1996, cit. por Craig & Smyth, 2004), por diversos motivos, são eles: diminuta disseminação de informação nova para melhorar a prática, escassez de tempo, fragilidades quanto a competências de apreciação crítica e resistência à mudança. Entende-se pelo conceito de Prática Baseada na Evidência, que se trata de uma conduta com previsível garantia de que serão obtidos os melhores resultados, otimizando os recursos disponíveis (Pereira, Cardoso, & Maria, 2012).

Desta forma, importa recorrer a conhecimentos teóricos, mesmo que sejam de outras áreas do saber, por forma a garantir uma prestação de cuidados de excelência sustentada através da investigação. Note-se que o enfermeiro especialista deve ser um elemento gerador de mudança, operacionalizando e incentivando a Prática Baseada na Evidência, aspeto espelhado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que preconiza, no âmbito das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro "Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8649).

Assim, para além de terem sido utilizados os manuais considerados fundamentais no âmbito do objeto de estudo deste trabalho - desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica - foi realizada ainda, uma pesquisa bibliográfica relativamente exaustiva, nas principais bases de dados: CINAHL; Medline; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Database of Systematic Reviews e Mediclatina.

Como descritores, para desenvolver esta pesquisa, utilizaram-se os seguintes: "*Therapeutic Relation*", "*Help Relation*", "*Therapeutic Communication*" e "*Paediatric Nursing*". Por seu lado, a seleção dos artigos foi efetuada através da exclusão por título e por resumo, tendo sido explorados os artigos com especial interesse para a temática em estudo.

1.1. Cuidar como uma “arte”

No decorrer do tempo, as concepções de enfermagem foram sofrendo uma evolução significativa, que nos conduziu da mentora Florence Nightingale até aos atuais Modelos de Enfermagem. Os modelos conceptuais inserem-se nos paradigmas e dão origem às teorias. Estas três instâncias relacionam-se entre si, sendo que os paradigmas são análogos aos “alicerces de uma casa”, por sua vez os modelos dizem respeito às “paredes exteriores” e por último, as teorias remetem para as “paredes interiores”¹.

Para a disciplina de Enfermagem são três os paradigmas que constituem os fundamentos dos modelos e das respetivas teorias, trata-se do paradigma da Categorização, da Integração e da Transformação (Kérouac, Pépin, Ducharme, & Major, 1994). Nesta sequência Fawcett (1984, cit. Por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002), destaca quatro conceitos comuns aos três paradigmas: Pessoa, Saúde, Ambiente, Intervenções de Enfermagem.

De acordo com os conceitos anteriormente referidos Kérouac *et al.* (2002), considera que as diferentes concepções podem ser estruturadas em seis escolas, tendo-se optado para o presente trabalho pela Escola do cuidar, considerada como a síntese da disciplina de Enfermagem, a qual é representada pelos modelos do cuidado humano de Jean Watson e o cuidar transcultural de Madeleine Leininger.

O conceito de “cuidar” remete para o desenvolvimento da Relação Terapêutica entre o enfermeiro e o cliente de cuidados, trata-se de um processo central para o cuidar (Collière, 1999; Watson, 2002). Assim, de acordo com a teoria do Cuidado Transcendental de Jean Watson (2002), o conceito de pessoa é concebido não apenas como um ser meramente físico,

¹ UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM AVANÇADA (Apontamentos). Professora Odete Lemos, ESEL, 2014.

mas também na sua dimensão espiritual, assim “o sentido mais elevado do Eu conota o Eu espiritual” (Watson, 2002, p. 98), localizando a experiência individual no âmbito fenomenológico, pelo que o acesso à experiência vivida, pelo outro, só é possível através de movimentos inferenciais, com todas as limitações inerentes a este método.

Salienta-se que para Watson (2002), a esfera espiritual desenvolve-se à medida que a pessoa amadurece, sendo que as necessidades humanas se relacionam com a necessidade em ser amado, cuidado, valorizado e compreendido, por forma a atingir um estado interior de equilíbrio e de harmonia. Desta forma, o cuidar transpessoal pressupõe uma dinâmica de reciprocidade, de encontro entre o enfermeiro e o Outro, pelo que está implícito, que o enfermeiro recorra ao seu Eu como instrumento do cuidado.

De igual modo Collière (1999), na definição de ‘cuidar’ que propõe, remete para a reciprocidade, ao assumir que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios e a outros que tenham necessidade de ajuda para satisfazer as suas necessidades vitais. A primazia que Collière atribui ao cuidado é de tal forma elevada que defende que “*Cuidar* ... esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir (...)” (Collière, 2003, p.1). Por sua vez, a “arte do cuidar” em enfermagem constitui um “meio de comunicação” (Watson, 2002, p.122). A dimensão relacional atribuída ao ‘cuidar’ em enfermagem assume assim, uma importância crucial, implicando as relações necessariamente a presença de emoções, as quais dão sentido ao próprio cuidar (Diogo, 2006, cit. por Diogo, 2015).

Desta forma, a relação desenvolvida com o Outro permite conhecê-Lo, compreendê-Lo e assume por si só um efeito terapêutico (Collière, 1999). Ao corroborar a importância fulcral da dimensão relacional no 'cuidar' em enfermagem, Phaneuf (2005), afirma que o trabalho relacional desenvolvido com a pessoa cuidada é o "veículo de toda a intervenção. (...) Mas nem sempre tomamos consciência do valor desta relação." (2005, p. 10), pelo que por muito bom executante que o enfermeiro seja, o cuidado não pode assumir uma conotação positiva pelo Outro que é cuidado, a não ser quando ocorre num contexto relacional humano e caloroso (Peplau, 1952 cit. por Phaneuf, 2005).

Assim, há determinadas competências que o enfermeiro deve desenvolver por forma a conseguir relacionar-se com o Outro gerindo as

emoções de ambos, são elas: a autoconsciência e a autorregulação (Goleman, 2000). A gestão das emoções torna-se fundamental por vários motivos, incluindo o de assumir o controlo daquilo que transmitimos, tendo em perspectiva que a comunicação ocorre verbalmente e por aspetos não-verbais, defendendo Phaneuf (2005), que a comunicação é o principal instrumento terapêutico do enfermeiro e que implica duas componentes: cognitiva e afetiva.

No que respeita à Enfermagem Pediátrica, a tónica é colocada na família, ou seja, a filosofia de cuidados perspetiva a família como uma constante na vida da criança, devendo ser consideradas as necessidades de todos os elementos que a constituem, respeitando as suas particularidades e singularidades (Hockenberry & Barrera, 2014).

Note-se, que a família pode constituir um fator de proteção, ou por outro lado, um fator de risco no que respeita aos processos de saúde-doença, aspeto considerado pela filosofia de Cuidados Centrados na Família, em que o enfermeiro intervém no sentido de potenciar o desenvolvimento de estratégias de *coping* da família, por forma a lidarem com os desafios reais e potenciais que emergem (Figueiredo & Martins, 2009). Assim, o enfermeiro ao capacitar e empoderar a família, pretende tornar as crianças, jovens e cuidadores aptos para dar resposta às suas necessidades de forma autónoma, com vista a promover a saúde e a prevenir a doença.

Por sua vez, ainda no âmbito do quadro de referência da Enfermagem Pediátrica, os cuidados não traumáticos assumem primazia na redução dos aspetos negativos associados à hospitalização, uma vez que dizem respeito ao “(...) fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer lugar, no sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.3).

Salienta-se que os cuidados não traumáticos, constituem um direito da criança e do jovem, sendo que o artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada, preconiza que “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, 2009, p, 16).

Face ao exposto, o "cuidar" implica necessariamente o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, o que pode ter contributos muito positivos na experiência da doença e da hospitalização.

1.2. Experiências da criança e do jovem em situação de hospitalização

A experiência de hospitalização infantil pode ter consequências negativas para a criança, para o jovem e sua família. No entanto, a criança que é um ser frágil e em desenvolvimento detém menos estratégias e uma capacidade de resiliência precária, para colmatar as exigências e adversidades inerentes à hospitalização.

Perante o fenómeno da hospitalização, a literatura defende que há três fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de emoções como o medo, são eles: perda de controlo, dor associada às intervenções e separação do seu ambiente e das suas atividades habituais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Note-se, que a primeira apreciação e avaliação pode ter consequências muito evidentes no comportamento da díade face à possibilidade de hospitalização, pelo que se torna fundamental investir na dimensão emocional em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, na medida em que, na maioria das situações, constitui o primeiro contacto com o contexto hospitalar e que na infância, o processo saúde doença é caracterizado inevitavelmente por experiências de medo (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

Salienta-se que a resposta da criança é influenciada por vários aspetos, são eles: estágio de desenvolvimento; experiências prévias; capacidade de confronto; gravidade do diagnóstico e os recursos externos disponíveis (Hockenberry & Barrera, 2014). Barros (2003), refere que os primeiros estudos no âmbito da hospitalização infantil, que visavam explorar as consequências deste fenómeno no desenvolvimento e adaptação psicológica, encontraram resultados muito negativos.

Assim, quando a necessidade de internamento ocorre durante o período Neonatal, que vai desde o nascimento até aos 28 dias de vida, o processo de vinculação pode ficar comprometido, por se tratar de um período de tempo em que o recém-nascido se está a adaptar à vida extrauterina, sendo por isso, considerado um período sensível e propício para a vinculação à pessoa significativa (Hockenberry & Barrera, 2014).

O processo de vinculação foi amplamente estudado por John Bowlby autor da Teoria da Vinculação (1966), o qual resultou do desenvolvimento de

várias investigações. Num dos seus trabalhos com adolescentes delinquentes Bowlby, sugeriu que a "(...) privação materna no período crucial dos 0 aos 5 anos poderia favorecer um comportamento antissocial e aparecimento de problemas emocionais, (...) revelavam maior falta de empatia com os outros, ausência de culpa e incapacidade de sustentar relações duradouras com significado." (Bowlby, 1944, cit. por Silva, 2014, p. 9).

Por sua vez René Spitz e os seus colaboradores (1948), corroboraram os achados de Bowlby, ao estudar o fenómeno de Hospitalismo, de forma a explorar o desenvolvimento emocional da criança durante o primeiro ano de vida. Neste âmbito, observaram crianças institucionalizadas, umas permaneciam na instituição usufruindo dos cuidados das suas mães e as outras estavam privadas da relação mãe-filho de forma continuada, no entanto, eram cuidadas por enfermeiros que tinham à sua responsabilidade cerca de 8 a 12 crianças.

Para os grupos de estudo foram garantidos cuidados de excelência para satisfazer as suas necessidades básicas como alimentação, higiene e eliminação. Ao compararem os dois grupos de crianças verificaram que, aquelas que tiveram oportunidade de se relacionarem com a sua mãe de forma permanente, tornaram-se *toddlers* saudáveis com um desenvolvimento emocional adequado. No entanto, o grupo de crianças que não pode usufruir desta relação, evidenciava fragilidades nas áreas da linguagem, motricidade e autonomia.

Verificou-se ainda, que aos dois anos de idade, no grupo de crianças que foram cuidadas pelas suas mães nenhuma delas tinha morrido, enquanto que nas crianças que não tiveram oportunidade de se vincularem, a taxa de mortalidade foi de 37%. Tornou-se assim evidente, que a relação afetiva estabelecida entre a criança e a mãe ou figura substituta durante o primeiro ano de vida, é de uma importância fulcral para o seu desenvolvimento (Spitz, 1948).

Neste âmbito, tem-se observado no decorrer dos tempos uma evolução quanto à dinâmica dos serviços de Internamento de Pediatria, nomeadamente no que respeita ao acompanhamento familiar em internamento hospitalar, que atualmente permite a permanência de um acompanhante por cada criança, durante as 24 horas, sendo que para os jovens com idade superior a 16 anos,

existe a possibilidade de o próprio designar esse acompanhante ou até prescindir da sua presença (Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro). Esta medida, procura de alguma forma minimizar o efeito da separação associada à hospitalização.

Porém, há outras medidas que podem ser adotadas no sentido de reduzir o impacto da hospitalização, pelo que Pereira, Nunes, Teixeira, & Diogo (2010), num estudo que desenvolveram acerca da importância do brincar como estratégia para mediar a gestão emocional da criança hospitalizada, concluíram que o brincar, quando usado com intencionalidade, constitui um meio para promover o bem-estar das crianças, contribuindo para a sua adaptação e atribuição de uma valência positiva à experiência de hospitalização. A tónica na intencionalidade das intervenções do enfermeiro é um aspeto fundamental, que permite a distinção das intervenções terapêuticas e não terapêuticas.

Num outro estudo desenvolvido com o intuito de descrever comportamentos de *coping* de crianças hospitalizadas e suas relações com idade, sexo e motivo da hospitalização, constatou-se que a brincadeira terapêutica foi uma das estratégias mais usadas entre os 6 e 12 anos, tendo-se observado uma correlação negativa entre brincar e o comportamento de choro (Motta, Perosa, Barros, Silveira, Lima, Carnier, Hostert, & Caprini, 2015), o que dá conta do potencial terapêutico do brincar, permitindo a redução do comportamento de choro, que apesar de constituir uma expressão das emoções, está associada a emoções de conotação negativa, podendo revelar tristeza, desconforto e dor. Conclui-se assim, que a estratégia de brincar assume uma dimensão distrativa e projetiva (Junior & Ângulo, 2013).

Posto isto, os enfermeiros devem procurar desenvolver interações que tornem a experiência de doença e hospitalização como uma experiência positiva (Fernandes, 2012). Neste âmbito, Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida (2015), referem que os enfermeiros podem recorrer a estratégias que visem contribuir para transformar a experiência de doença como positiva, tais como: o incentivar da presença dos pais ou pessoa significativa; escutar; estar presente; explorar medos e ansiedades e disponibilizar espaço para responder a questões.

1.3. Construção da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica

O processo de construção da Relação Terapêutica tem sido objeto de estudo em diversas áreas do saber, considerando-se que exerce uma influência muito evidente no indivíduo com o qual é estabelecida a relação. Em enfermagem, a Relação Terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com os clientes de cuidados, bem como pelo respeito pelas suas capacidades e pela valorização das potencialidades do Outro (Ordem dos Enfermeiros, 2001), constituindo-se como requisito a regulação das emoções do próprio, o que remete para o conceito de Trabalho Emocional, que diz respeito à regulação das próprias emoções para 'cuidar' (Smith, 1988, 1991, 1992, cit. por Diogo, 2015).

Desta forma, a Relação Terapêutica diz respeito à relação de cuidar, a qual é concebida "enquanto uma união com outra pessoa (...) assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade (Watson, 2002, p. 111), salientando-se que existem antecedentes e consequentes da relação, são eles: a confiança e o conforto, respetivamente, num contexto em que a pessoa cuidada denota grande vulnerabilidade (Simão de Oliveira & Lopes, 2010).

É expectável que a Relação Terapêutica seja uma Relação de Ajuda, esta última deve contribuir para o desenvolvimento e crescimento de pelo menos um dos intervenientes (Rogers, 1976). Note-se, que estar em relação com o Outro significa: estar atento, considerar o ambiente humano e físico da pessoa cuidada, reconhecer as próprias emoções na presença do Outro, disponibilizar os seus recursos internos em prol de quem se cuida.

Neste sentido, é fundamental desenvolver um "laço significativo entre os indivíduos" para que a relação possa ser de ajuda (Chalifour, 2008, p. 120), isto é, a Relação de Ajuda pressupõe o desenvolvimento de uma relação de qualidade com o Outro. Quando o enfermeiro está em "Relação de Ajuda com o cliente, necessita de ter profunda consciência do contacto com aquele que ela incita a prosseguir com o crescimento pessoal" (Lazure, 1994, p. 14), esta afirmação remete para o carácter intencional do desenvolvimento da relação, pelo que o domínio das competências comunicacionais constitui um aspeto crucial para o desenvolvimento responsável da Relação Terapêutica,

considerando a ambivalência das potencialidades da relação, isto é: toda e qualquer intervenção tem consequências na pessoa cuidada, pelo que importa investir de forma sistemática na formação contínua.

No âmbito da psicologia clínica a literatura defende inclusivamente, que a possibilidade de intervenção só é possível quando se estabelece uma relação entre clínico e cliente, que permita motivar ambos a aprofundar essa relação, com o intuito de promover mudança no cliente. Assim, a qualidade da intervenção tem por base a qualidade da Relação Terapêutica que se desenvolveu, pelo que Leal (2005), afirma que “a possibilidade de mudança ocorre na e pela relação” (p.241).

Ainda no que concerne a esta área do saber, num estudo retrospectivo (Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012), desenvolvido com o principal objetivo de determinar fatores preditores de *dropout*, encontraram-se, quanto à qualidade da relação terapêutica, diferenças estatisticamente significativas ($\alpha=0,05$), entre os sujeitos do grupo que interrompeu de forma prematura a intervenção e os do grupo que completou o programa.

Os autores salientam que esta dimensão é subjetiva, na medida em que, quando recorrem ao conceito de qualidade, remetem para a perceção subjetiva de cada interveniente no que concerne à relação terapêutica, isto é, para o sentir individual do significado atribuído à relação desenvolvida com o profissional. Neste sentido, os autores sugerem que numa fase inicial da intervenção, deve ser dada primazia ao uso de estratégias que promovam o desenvolvimento da relação terapêutica, por forma a aprofundar a ligação entre a pessoa e o profissional, bem como para que sejam estabelecidos em conjunto os objetivos da intervenção, prevenindo assim situações de *dropout*.

No que respeita à disciplina de enfermagem, a Relação Terapêutica tem sido de igual modo objeto de interesse, maioritariamente no domínio da enfermagem em saúde mental. Num estudo de revisão de literatura desenvolvido no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental, com pessoas com o diagnóstico de psicose, os autores (Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011) distinguiram cinco domínios para determinarem o potencial contributo dos enfermeiros na prestação de cuidados. No que respeita ao domínio de desenvolvimento da Relação Terapêutica, estes destacaram a sua especial importância por considerarem que é fundamental

para o processo de cuidar. Os vários estudos analisados deram conta de que o desenvolvimento de uma relação de confiança, com reciprocidade e de suporte, parece contribuir para o bem-estar geral dos clientes de cuidados.

Note-se que existe um conjunto de estratégias a adotar pelo enfermeiro, que pode favorecer o processo de desenvolvimento de uma Relação Terapêutica, destacando-se as que se seguem: transmissão de compreensão, ser empático, recurso intencional a autorrevelação, demonstrar disponibilidade e assegurar a confidencialidade dos conteúdos partilhados. Estas estratégias foram reforçadas por McCann e Baker (2001, cit. por Pereira & Rebelo Botelho, 2014), tendo defendido que, o 'estar sintonizado' com a geração e o 'procurar ser amigo' dentro dos limites terapêuticos, também constituíam estratégias a considerar no processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica.

Conclui-se que os estudos analisados, deram conta de que a Relação Terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o cliente de cuidados, assume uma importância primordial na medida em que contribui especificamente para a promoção do sentimento de esperança, bem como para a redução da ansiedade, favorecendo o sentimento de controlo do cliente de cuidados e reduzindo o risco de recaídas (Reed, 2008, cit. por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011). Por sua vez, o nível de confiança no profissional, bem como a demonstração de compreensão por parte do mesmo em relação ao cliente de cuidados, favorece a adesão terapêutica (Freeman, 2002, Rogers, 2006, cit por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011).

Ainda no que concerne à enfermagem em saúde mental, cujo investimento nesta temática é aparentemente mais notório do que em enfermagem pediátrica, foi desenvolvido um outro estudo de revisão de literatura, com o intuito de identificar as qualidades pessoais do enfermeiro que favorecem a relação terapêutica em enfermagem de saúde mental. Neste estudo, destacaram-se duas vertentes que foram consideradas essenciais para a relação terapêutica, são elas a dimensão profissional e a pessoal.

Assim, existem características pessoais que beneficiam a relação que o enfermeiro estabelece com o cliente de cuidados, salientando-se as qualidades pessoais que se seguem: o altruísmo, a compaixão, a solidariedade, a gentileza e simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade.

As características anteriormente referidas, assemelham-se às que são utilizadas no âmbito social, o que pode pôr em causa o profissionalismo e a importância da relação estabelecida, pelo que é essencial a imposição de limites terapêuticos, com a finalidade de demarcar as fronteiras entre a dimensão social e a profissional. Perante o que foi observado os autores sugerem que seja aprofundada a forma como as características pessoais podem condicionar a Relação Terapêutica e remetem ainda, para a intencionalidade que deve estar inerente a este processo (Pereira & Rebelo Botelho, 2014).

Lopes (2005), debruçou-se sobre a natureza da relação entre os enfermeiros e os doentes oncológicos, para o que desenvolveu um estudo de investigação recorrendo à metodologia *grounded theory*, resultando uma teoria de médio alcance, determinando que o processo de relação é constituído por três fases sequenciais: Princípio da relação, Corpo da relação e Fim da relação. Para o autor, a Relação Terapêutica tem início no momento da admissão e a segunda fase relaciona-se com o “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem”, o qual envolve a promoção da confiança, aspeto fundamental para a promoção da relação “há que criar condições para que a relação possa ocorrer” (Lopes, 2005, p. 243).

Por seu lado Chalifour (2008), à semelhança do autor anterior sugere a existência de três fases que caracterizam o percurso de desenvolvimento da relação entre o enfermeiro e o cliente de cuidados. A primeira fase é denominada por fase de Orientação e diz respeito ao primeiro contacto estabelecido com o Outro, altura em que é desenvolvida a confiança por forma a favorecer a partilha, esta fase culmina na identificação da necessidade de ajuda. Segue-se a fase de Trabalho, em que o profissional, de acordo com o conhecimento que já dispõe da pessoa, define as estratégias de intervenção. Por fim, a fase de Conclusão consiste no término da relação em que ocorre um balanço da mesma, o qual é determinado pelo balanço que é efetuado ao nível de alcance dos objetivos terapêuticos e a validação da informação que foi transmitida no decorrer da relação. O fim da relação pode ser ansiogénico para o cliente de cuidados, pelo que este aspeto deve ser identificado por forma a preparar o Outro para a conclusão da relação.

A Relação Terapêutica caracteriza-se por ser uma relação profissional, assimétrica, que implica o envolvimento e a intencionalidade (Leal, Iniciação às Psicoterapias, 2005). Num estudo de caso desenvolvido no âmbito da construção da Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica, constatou-se o impacto positivo do brincar terapêutico na redução da ansiedade e do medo na criança em situação de hospitalização (Faleiros, Sadala, & Rocha, 2002), o qual dá conta que em Enfermagem Pediátrica, as estratégias que facilitam o desenvolvimento da Relação Terapêutica diferem de acordo com o grupo etário a que pertence o cliente de cuidados, para além de que em Enfermagem Pediátrica é envolvido um outro elemento, que diz respeito à família, aos cuidadores informais e pessoa significativa.

Por sua vez, a comunicação é o principal instrumento terapêutico do enfermeiro, implicando duas componentes, uma cognitiva e outra afetiva (Phaneuf, 2005). Neste âmbito, importa adaptar as estratégias de comunicação aos grupos etários das crianças cuidadas (Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, 2006). No que concerne aos lactentes a presença da pessoa significativa é fundamental, por se tratar da pessoa que melhor conhece o bebé, e por ser uma figura securizante para o bebé que ainda só comunica de forma não verbal.

Por sua vez, com o desenvolvimento cognitivo e da linguagem a criança começa a recorrer a elementos da comunicação verbal, caracterizados por idiosincrasias, reconhecidas essencialmente pelos pais e pessoas significativas. Na idade pré-escolar o uso de explicações simples e a alusão aos aspetos sensitivos associados aos procedimentos, pode contribuir para a construção da confiança no enfermeiro. Por sua vez, o recurso a técnicas comportamentais como a atribuição de reforços pode assumir grande utilidade na adesão ao tratamento, assim como o uso de estratégias distrativas.

Na idade escolar, importa dar explicações simples dos procedimentos, envolvendo os pais, sempre que estes desejem, a sua colaboração não deve ser uma imposição. As crianças desta idade preocupam-se com a sua integridade corporal pelo que se tornam muito sensíveis perante qualquer sugestão de dor.

Quanto aos adolescentes, estes são caracterizados por mudanças bruscas no comportamento, flutuando entre uma perspetiva própria das

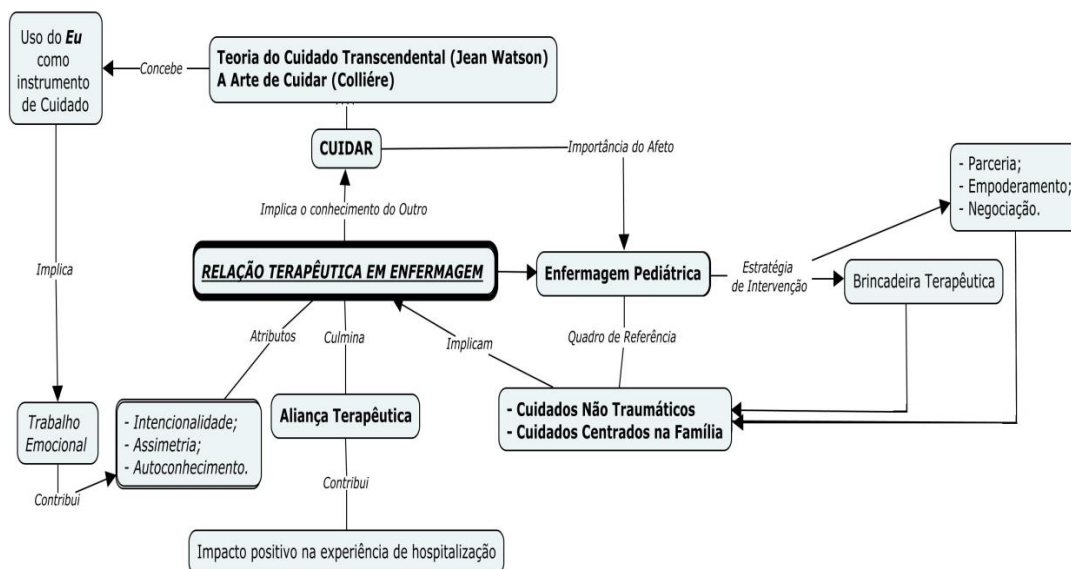
crianças e dos adultos, pelo que se pode apelar, quando possível, à opinião do adolescente perante aspetos passíveis de escolha, como a presença da família ou pessoa significativa, para além disso torna-se fundamental apelar à expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas, assegurando que o sigilo será mantido, por fim, pode ser útil a utilização da estratégia do humor.

Face ao exposto, torna-se visível o quão complexo poderá ser a construção de uma Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica, assim como das considerações a ter mediante os diferentes grupos etários e experiências prévias das crianças e jovens cuidadas.

1.4. Mapa conceptual

O presente sub-capítulo visa culminar esta resenha, através da Figura 1, que representa o mapa conceptual que ilustra a relação existente entre os conceitos primordiais que norteiam este trabalho.

Figura 1.: A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A 'ARTE' de Cuidar – Mapa Conceptual



A elaboração de um mapa conceptual pode ter finalidades várias, constituindo um excelente recurso no processo de aprendizagem, uma vez que estes mapas facilitam a integração das novas aprendizagens às pré-existentes, estando inerente a Teoria da aprendizagem significativa, desenvolvida por Ausubel em 1978 (Moreira, 2012).

No centro do mapa encontra-se o conceito da Relação Terapêutica em Enfermagem, que constitui um elemento fundamental para Cuidar do Outro, destacando-se a Teoria do Cuidado Transcendental de Jean Watson e o Cuidar como uma Arte preconizado por Collière, uma vez que concebem o uso do Eu como um instrumento de cuidado. Desta forma, o uso do *self* implica autoconhecimento, para que seja possível induzir ou suprimir emoções, por forma a gerar bem-estar no Outro – Trabalho Emocional. Deste modo, são atributos necessários à Relação Terapêutica a intencionalidade; a assimetria de papéis e o autoconhecimento.

No que respeita à Enfermagem Pediátrica o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica implica o envolvimento da família e assume uma importância ainda mais evidente para concretizar de forma efetiva a prestação de cuidados não traumáticos, sendo que a confiança estabelecida entre o enfermeiro e o cliente de cuidados (criança, jovem e família) é um fator importante aquando das intervenções invasivas e que por isso, são potencialmente dolorosas.

Neste sentido, o uso da brincadeira terapêutica, bem como o recurso à negociação de cuidados, ao cuidar em parceria e o empoderar o cliente pediátrico, constituem estratégias de intervenção que são uma mais-valia. Salienta-se que, a dimensão lúdica, possibilita que a criança expresse através da mesma aspetos do seu mundo interno.

O processo de Relação Terapêutica ocorre por fases que se distinguem pela sua profundidade, culminando na aliança terapêutica, o que pode contribuir para que a experiência de hospitalização tenha uma conotação positiva. De acordo com Lopes (2005), que aprofundou o estudo acerca da natureza da relação entre os enfermeiros e os doentes oncológicos, o processo de relação é constituído por três fases sequenciais: Princípio da relação, Corpo da relação e Fim da relação. Para o autor a Relação Terapêutica tem início no momento da admissão, a segunda fase relaciona-se com o “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” que envolve a promoção da confiança, aspeto que é fundamental para a promoção da relação e “há que criar condições para que a relação possa ocorrer” (Lopes, 2005, p. 243).

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A definição do problema bem como do objeto de estudo é fundamental para o delineamento de um percurso de aprendizagem. Face à temática exposta, o problema de enfermagem identificado é a experiência intensa e complexa vivida pelos clientes de cuidados nos processos de saúde-doença, frequentemente com uma emocionalidade intensa, e às quais os enfermeiros procuram dar resposta, no ato de cuidar. Nesta lógica, o objeto de estudo do presente trabalho diz respeito ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. Trata-se de um processo crucial para o 'cuidar', que implica reciprocidade e uso do próprio *self* (Watson, 2002).

No âmbito da Enfermagem Pediátrica observa-se que os enfermeiros assumem um nível de envolvimento, aparentemente elevado, porém a visibilidade que dão a este processo é diminuta, aspeto reforçado por Lopes (2005), ao afirmar que as teorizações relativas à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem parecem espelhar uma clivagem entre os cuidados relacionais e os outros.

Efetivamente, num estudo descritivo desenvolvido com o intuito de descrever os aspetos que facilitam ou interferem no processo de comunicação entre os enfermeiros e a pessoa em estado crítico, observou-se que 50% dos enfermeiros que constituíram a amostra referiram ter receio em comunicar. Para além disso, 80% dos sujeitos da amostra privilegia intervenções que visem a satisfação das necessidades físicas, em detrimento das necessidades relacionais e afetivas (Saldaña, Alarcón, & Romero, 2015).

Desta forma, parece-me ser deveras importante investir nesta dimensão fundamental do 'cuidar', bem como sensibilizar os pares para a importância deste processo, que se distingue pela sua intencionalidade, isto é, uma intervenção é considerada como terapêutica mediante a intencionalidade que lhe é impressa.

3. ASPETOS METODOLÓGICOS

O desenvolvimento de um trabalho acadêmico, que visa a atribuição do grau de Mestre, implica rigor, por forma a dar visibilidade à operacionalização dos objetivos propostos e a tornar mensuráveis os resultados obtidos, constituindo a metodologia um pilar fundamental, na medida em que se espera que contribua de forma positiva para o desenvolvimento das competências de EESCJ.

Assim, a aprendizagem experiencial foi uma constante no percurso pedagógico, o potencial da experiência no desenvolvimento profissional é reconhecido por Benner (2001, p. 37), ao afirmar que “É ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a ‘experiência’ e que o conhecimento clínico (...) se desenvolve”, é considerada uma fonte de aprendizagem superior à que a teoria confere, pelo que de acordo com o Modelo de Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980, 1981, cit. por Benner, 2001), a experiência possibilita a transformação da competência.

Ainda neste âmbito, verifica-se que a Teoria da Aprendizagem Experiencial (Kolb, 1984, cit. por Pimentel, 2007), reconhece precisamente os contributos da experiência, considerando-a primordial para o desenvolvimento profissional. Esta Teoria preconiza a existência de um ciclo que vai desde a experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata até à experiência ativa.

Assim, a experiência é vivenciada, seguindo-se uma fase reflexiva, de conceptualização que possibilita a integração do novo conhecimento nos esquemas mentais anteriormente existentes. Através da repetição deste ciclo de aprendizagem, o processo de integração torna-se progressivamente mais complexo e o processo de diferenciação amplia-se. Destaca-se desta forma, a importância dos conceitos de Integração e de Diferenciação neste processo de aprendizagem pela experiência.

Como foi mencionado, a dimensão reflexiva é de extrema importância para o processo de aprendizagem, neste âmbito, quanto à metodologia de reflexão na e sobre a prática, recorreu-se a um modelo de reflexão estruturada, nomeadamente o Ciclo de Gibbs.

A escolha deste modelo, prendeu-se com o facto de o Ciclo de Gibbs permitir esquematizar e atribuir uma sequência lógica ao processo reflexivo. Trata-se de uma metodologia de reflexão sobre a ação, com o principal intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti, & Oliveira, 2013). Este modelo integra seis etapas: descrição da situação, sentimentos/pensamentos do ator perante a situação vivida, avaliação da experiência, análise da conduta enfatizando o que foi aprendido e as consequências negativas da mesma, formulação de uma conclusão (o que poderia ter sido realizado de forma diferente) e plano de ação para o futuro.

Os aspetos metodológicos são fundamentais, bem como, os locais onde as experiências de aprendizagem têm lugar. A escolha dos locais de estágio foi intencional, para melhor dar resposta aos meus objetivos de aprendizagem. Deste modo, numa fase inicial procedi a vários contatos telefónicos, visitei várias instituições e contextos específicos e contatei informalmente alguns enfermeiros ESCJ, com vista a perceber quais eram os contextos mais adequados para desenvolver competências de enfermeiro especialista, tendo em conta o âmbito da problemática e do objeto de estudo que defini.

Assim, no que respeita ao contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (5 semanas) propus-me estagiar no SUP do Hospital Distrital onde exerço funções, por ter interesse em conhecer e compreender de que forma são os utentes admitidos no SUP, como decorre o processo de transferência para os outros serviços e que informação é fornecida aos cuidadores. Na minha prática clínica, verifico que as crianças, os jovens e os respetivos cuidadores nem sempre conhecem os motivos pelos quais ficam internados, ou detêm informações pouco realistas quanto à situação e à duração da hospitalização. Ciente de que o processo de comunicação implica um interlocutor e um ouvinte, bem como um canal de comunicação, considerei importante aprofundar conhecimentos quanto à dinâmica deste processo no SUP.

Por sua vez, no que respeita à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (3 semanas) optei por estagiar num Hospital Distrital diferente do meu, por forma a conhecer um contexto hospitalar e a dinâmica de uma Unidade, distintos daqueles em que presto cuidados.

No que concerne aos Cuidados de Saúde Primários (4 semanas), constatei que na USF S.J.E., no âmbito dos projetos estratégicos estruturantes 2015-2017, a equipa multidisciplinar estava a desenvolver um projeto denominado por “projeto 3A” – Acesso, Acolhimento e Atendimento, cujo cerne se relaciona com o objeto de estudo do presente projeto. Uma vez que a equipa procura, com a implementação do projeto “3A”, prestar cuidados mais personalizados, individualizados e humanizados, o que suscitou o meu interesse em conhecer a dinâmica deste projeto, na medida em que poderia trazer contributos para o meu percurso.

Quanto ao contexto de Internamento de Pediatria, selecionei o serviço onde exerço funções por ter sido o local onde foi sentida a necessidade de investir na problemática em estudo, necessidade que foi validada através do diálogo com os meus pares, tendo referido que sentiam necessidade em desenvolver competências no que respeita a estratégias comunicacionais que promovam o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica.

Na minha perspetiva os locais de estágio selecionados contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências do EESCJ, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2011) e também, permitiram ir ao encontro do objeto de estudo central neste projeto – A Relação Terapêutica – que é considerada no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011), ao defenderem que o EESCJ deve intervir norteado pelo Modelo de Cuidados Centrados na família, enfatizando as interações e os processos comunicacionais que lhe são inerentes, por forma a contribuir para a maximização da saúde e para a valorização das potencialidades da família.

4. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No presente capítulo serão explicitados os objetivos definidos, bem como a descrição das atividades desenvolvidas, que possibilitaram operacionalizar os objetivos. Salieta-se que por motivos de organização e lógica pessoal opto por estruturar este capítulo por contextos, ilustrando o melhor possível a diversidade das atividades desenvolvidas, bem como a sua progressiva complexidade.

Note-se que a concepção de 'cuidar' sugerida por Jean Watson e Collière constituiu a principal inspiração para a definição dos objetivos, assim como, as competências específicas do EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Importa reforçar o quanto Jean Watson enaltece o 'cuidar' em Enfermagem, ao assumir que o 'cuidar' não é apenas uma atitude ou simples desejo, "Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso (...) conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências" (Watson, 2002, p. 55). Face ao exposto gostaria de ressaltar a importância de deter conhecimentos teóricos e refletir acerca dos cuidados prestados, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados e contribuir para dignificar a profissão.

Face ao exposto, considero importante basear a prática na evidência científica, sugerindo a literatura que se implemente a melhor evidência para que seja alcançada a melhor prática clínica (Craig & Smyth, 2004).

Desta forma, com vista a otimizar a experiência de estágio, foi proposto pela Professora Orientadora, o desenvolvimento de um Guia Orientador das Atividades (Apêndice I), para cada contexto, no qual constou: um breve enquadramento teórico, os objetivos previamente definidos e as respetivas atividades propostas, suportadas por evidência científica. A elaboração deste guia consistiu numa atividade comum a todos os contextos e ocorria sempre antes do primeiro dia de estágio.

Assim, é possível destacar diversas vantagens decorrentes desta proposta de trabalho que a Professora Orientadora lançou, são elas: exploração prévia de evidência científica específica para cada contexto de aprendizagem, possibilitando uma redefinição mais consistente dos objetivos e das respetivas atividades, cuja primeira versão foi formulada no âmbito do

Trabalho de Projeto de Estágio. Por sua vez, este instrumento de trabalho foi extremamente útil para transmitir aos Enfermeiros Orientadores as minhas expectativas de aprendizagem, objetivos e atividades planeadas para cada estágio. Desta forma, foi possível determinar precocemente eventuais fragilidades, obstáculos que pudessem condicionar a realização do que tinha sido projetado.

Posto isto, destaca-se os objetivos gerais da experiência de estágio:

1. Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem em diferentes contextos pediátricos.
2. Desenvolver competências teórico-práticas no que respeita ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica.

Nos subcapítulos que se seguem estarão subjacentes os objetivos gerais previamente referidos.

4.1. Serviço de Urgência Pediátrica

O primeiro contexto de estágio teve lugar no SUP do hospital onde exerço funções, trata-se de um Hospital Distrital da região de Lisboa, que recebe em média 150 a 200 crianças por dia, no período de inverno, sendo de salientar que não são admitidas crianças politraumatizadas. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes contextos, ocorria da forma que se segue: triagem (um), Sala de tratamentos (um ou dois), UICD (um enfermeiro para 6 crianças), um enfermeiro chefe de equipa, responsável pela gestão dos recursos e pela articulação com o serviço de Internamento de pediatria.

O Modelo Teórico de Enfermagem que norteia a prática é o de Nancy Roper, que se insere no Paradigma da Integração e que se caracteriza por estar orientado para o indivíduo, percecionando-o como um ser total constituído pela soma das partes, as quais se relacionam entre si. Por sua vez este modelo está integrado na Escola das Necessidades, influenciada pela Teoria da Motivação Humana de Maslow (1968), que considera que o ser humano tem necessidades hierarquizadas, desde as fisiológicas até às de autorrealização.

Desta forma, para Roper, o Cuidado é entendido como facilitador, por forma a que o indivíduo consiga ultrapassar as fragilidades que surgem no que

respeita às suas atividades de vida. A enfermagem pode mesmo assumir um caráter substitutivo, caso a pessoa não detenha autonomia para tal. Note-se que o intuito, é o de tornar a pessoa autónoma para a realização das suas atividades de vida, atingindo desta forma o seu estado de saúde (Alligood & Tomey, 2004).

No que respeita à Organização do Trabalho, utiliza-se o Método Funcional que consiste num método em que cada elemento da equipa é responsável por determinada parcela do trabalho (Costa, s.d.). este tipo de metodologia pode induzir a contradições no que concerne à Filosofia de cuidados de Enfermagem, aspeto salientado por Bellato, Pasti e Takeda (1997), ao referirem que o método funcional tende a fragmentar o indivíduo, o que é antagónico à filosofia de cuidados que concebe a pessoa como um ser biopsico-sócio-espiritual.

Assim, para o contexto de SUP defini os seguintes objetivos específicos de aprendizagem:

1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente quanto à maximização da saúde e às situações de especial complexidade;
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica;
3. Analisar o percurso dos clientes no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, no que concerne ao impacto emocional da sua experiência.

Com vista a melhor ilustrar o percurso que desenvolvi neste contexto de estágio, optei por agrupar no Quadro 1 as atividades por mim desenvolvidas, associadas ao objetivo que pretendi operacionalizar, bem como os recursos mobilizados.

Quadro 1. Síntese das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.

Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente quanto à maximização da saúde e às situações de especial complexidade	1.1.) Análise reflexiva das metodologias de trabalho utilizadas nos diversos contextos de cuidados; 1.2.) Participação nas intervenções realizadas nos diferentes sectores do serviço de urgência pediátrica 1.3.) Pesquisa e leitura de bibliografia (a incluir na revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica).	- Protocolos do serviço; - Sistema de informação em vigor; - Bibliografia pesquisada.
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.	2.1.) Dar início à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Registo em diário de campo de situações da prática de cuidados, relevantes, para análise das técnicas de comunicação mobilizadas na Relação Terapêutica dos enfermeiros especialistas. 2.3.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações. 2.4.) Mobilização com caráter lúdico, de materiais utilizados na prestação de cuidados, por forma a minimizar a dor associada a procedimentos invasivos bem como para mediar o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança.	- Artigos e livros pesquisados; - Diário de campo. - Material inerente à prestação de cuidados adaptado para função lúdica.
3. Analisar o percurso do cliente pediátrico no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, no que concerne ao impacto emocional da experiência.	3.1.) Prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos do Serviço de Urgência Pediátrica (triagem, sala de tratamentos/inaloterapia e sala de observação – S.O.); 3.2.) Identificação das necessidades emocionais do cliente pediátrico, através da interação com o mesmo; 3.3.) Leitura e pesquisa de bibliografia.	- Material inerente à prestação de cuidados; - Bibliografia Pesquisada.

No que concerne à **análise reflexiva das metodologias de trabalho** (Atividade 1.1.), tal como foi acima mencionado, os enfermeiros utilizam o Método de Trabalho Funcional. Considerando que um dos principais focos do meu percurso de aprendizagem foi o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, dei-me conta de que este método condiciona a dinâmica relacional.

Para além deste aspeto, o fator tempo de contato também foi para mim um elemento que condicionou esta dimensão, mais especificamente em contexto de triagem – Triagem de Manchester – em que está preconizado que a aplicação do algoritmo seja efetuada em três minutos. A utilização deste instrumento requer um curso de formação bem como treino, de qualquer forma partilhei várias vezes com a Enfermeira Orientadora se não poderíamos

abordar mais aspetos do que aqueles que surgem no algoritmo. Foi possível perceber, que os aspetos que visam aprofundar o conhecimento mais aprofundado do cliente pediátrico, são explorados posteriormente, uma vez que as *guidelines* utilizadas são muito restritas.

De qualquer forma, com vista a tornar este **primeiro contacto** o mais acolhedor possível havia no início do contacto um **cumprimento verbal** com recurso a um tom de voz que demonstrava atenção e preocupação, este aspeto verbal mantinha-se no decorrer do contato, durante o qual eram **exploradas as preocupações do cliente**, sem que este se desse conta do rígido algoritmo que se seguia.

Para além do aspeto anteriormente referido, ocorria uma aproximação física da criança e jovem aquando da observação, tendo o cuidado de a tornar o menos invasiva possível, através da **mobilização do lúdico** ou no caso de crianças mais velhas, **informando** o motivo da observação e pedindo a devida autorização. Note-se que o contato visual ocorria por forma a envolver todos os elementos presentes na sala (criança, jovem e pessoa significativa).

Assim, foi deveras importante, com vista a ultrapassar esta condicionante, o domínio teórico-prático das diferentes **técnicas e estratégias de comunicação**, adaptando-as ao cliente pediátrico. No meu entender, para o desenvolvimento efetivo das competências específicas do EESCJ importa analisar de forma crítica o contexto de trabalho, recorrendo à evidência científica para ultrapassar eventuais fragilidades.

Por sua vez, participei ativamente na **intervenção do Enfermeiro orientador** (Atividade 1.2.), pois no meu entender a prática possibilita melhorar a perceção de eventuais dificuldades, para além disso foi, na minha perspetiva, uma atividade muito interessante de desenvolver, pois nunca tinha tido oportunidade de prestar cuidados num contexto diferente do meu local de trabalho.

Assim, percebi que para atingir um mesmo fim, podemos mobilizar diferentes estratégias. Por exemplo, a Enfermeira orientadora, numa ocasião em que estávamos destacadas para a Sala de Tratamentos, recorreu a uma analogia, que no meu entender foi criativa e diferente do que eu já tinha experienciado. Tratou-se da administração de um injetável, numa criança em idade pré-escolar, em que solicitou o posicionamento da criança apelando à

posição que podemos adotar quando estamos na praia a apanhar sol. A par desta sugestão, tomei a iniciativa de disponibilizar de imediato um **vídeo de um desenho animado a brincar na praia**. A associação de estratégias distrativas e de uma comunicação assertiva, adaptada ao mundo infantil foi extremamente eficaz para o bem-estar aparente da criança durante o procedimento.

Com o intuito de desenvolver competências relacionais dei início a uma **revisão narrativa de literatura** no que concerne à Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. Trata-se de um tipo de “publicação ampla, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto. (...) permite ao leitor adquirir e atualizar conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo” (Rother, 2007).

A atividade acima referida, foi de grande utilidade para conhecer a produção científica existente no que concerne ao desenvolvimento do processo de Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, o que assumiu um interesse ainda maior por poder associar os aspetos teóricos à prática, nas diferentes experiências de aprendizagem que foram surgindo. Efetivamente, como citei anteriormente, para Watson o ‘cuidar’ em enfermagem implica também aprofundar conhecimentos teóricos, não sendo suficiente a simples intenção de querer ajudar.

Desta forma, para usufruir ao máximo das experiências de aprendizagem e para melhor explorar a dimensão relacional e emocional, bem como as estratégias de comunicação utilizadas de forma adaptada ao contexto, optei por recorrer ao **Diário de Campo** (Apêndice II), para o que utilizei a Metodologia de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs.

No decorrer do estágio, foram surgindo diversas situações emocionalmente intensas, uma vez que o facto de se tratar de um Serviço de Urgência pressupõe que algum aspeto, na perceção subjetiva de saúde, da criança e jovem se alterou de forma a ter que recorrer a uma instituição de saúde. Este tipo de episódio gera preocupação e pode ser extremamente ansiogénico para as crianças, jovens e pais, pelo que o enfermeiro procura reduzir os efeitos negativos associados à experiência.

Assim, uma estratégia de grande utilidade e a que recorri com alguma frequência, foi disponibilizar **espaço para a expressão de sentimentos e emoções**, explorando desta forma os receios, medos e expectativas

(Fernandes, 2012). Uma outra estratégia que visa a gestão das expectativas em contexto de SUP diz respeito a dar **informação ao cliente pediátrico** quanto ao tempo estimado de espera, para além de ser uma forma de demonstrar preocupação, contribui para reduzir a ansiedade associada ao desconhecido, que neste caso estava relacionada com o fator tempo.

Face ao exposto, é de realçar que na prestação de cuidados procurei sempre, apesar da limitação temporal, conhecer as expectativas do outro, **envolvendo-o e negociando os cuidados** por forma a maximizar a saúde da criança e jovem. Salienta-se que na minha perspetiva importa 'cuidar' dando atenção aos pormenores, pois é isso que confere um maior grau de personalização do cuidado e faz com que a pessoa cuidada se sinta única e que de facto, possa sentir que é singular e que as suas características são tidas em atenção.

No que respeita ao uso do lúdico optei por recorrer a material utilizado na prestação de cuidados para introduzir a **brincadeira terapêutica**, por exemplo através de uma luva enchi um balão em que desenhei uns olhos e uma boca. Este material permitiu recorrer à modelagem, também teve uma função distrativa. Com espátulas também foi possível criar peças lúdicas, que assumiam ainda um carácter de dessensibilização no que respeita ao material hospitalar, o qual não faz parte do quotidiano da criança e jovem.

Note-se que em fase de projeto a atividade que planeei desenvolver consistia na planificação de uma mala lúdica que pudesse conter objetos que mediassem a relação com o cliente pediátrico. Porém, expus esta minha iniciativa à chefia do serviço, que me informou que não era permitido disponibilizar material, pois este deveria ser de uso único ou facilmente lavável, o que se tornaria muito dispendioso e pouco viável devido à grande afluência de crianças e jovens que o serviço tem, desta forma optei pela alternativa de recorrer a material já existente no serviço, o que, tendo em conta a função que tinha idealizado, acabou por ser satisfatório e mesmo criativo.

Quanto ao terceiro objetivo definido para este contexto, que dizia respeito ao percurso do cliente pediátrico e que estava relacionado com a minha experiência clínica, em que me apercebi com frequência, que as expectativas do cliente pediátrico aquando da admissão no serviço de internamento poucas vezes vai para além do "ficou internado para vigilância até

ao dia seguinte”. Este facto tem-me causado estranheza e diz respeito ao modo como a informação é transmitida ou ao momento em que se transmite essa informação, na medida em que se sabe, que a ansiedade pode condicionar o processamento da informação, pelo que importa que os profissionais de saúde tenham consciência que as informações devem ser transmitidas em momento oportuno, com clareza e simplicidade.

Assim, foi muito interessante **observar no percurso do cliente pediátrico**, que os profissionais de saúde afirmavam que desconheciam o tempo exato de internamento, mas que iriam dar o melhor para que a criança ou jovem recuperasse o mais depressa possível. Desta forma, parece-me que o fator ansiedade, bem como eventuais comportamentos de choro aquando da transmissão da informação, pode condicionar o entendimento que o Outro faz acerca do que lhe foi dito.

Importa ainda mencionar que no âmbito da atividade 3.2., que se refere à **identificação das necessidades emocionais do cliente pediátrico**, foi possível observar que de facto estas experiências variam na sua intensidade consoante o posto de trabalho, ou seja, em contexto de triagem o medo do desconhecido é bastante evidente, porém aquando da sala de tratamentos esta emoção tende a intensificar-se, pelo que importa conhecer as expectativas, para poder desmistificar o mais possível.

Note-se que a abordagem deve ser adaptada ao grupo etário e deve envolver o mais possível os pais, por exemplo, optando por **realizar os procedimentos com a criança sentada ao colo dos pais**, esta medida torna-se securizante, uma vez que o *holding* assume um carácter contentor.

Posto isto, com o intuito de reduzir o efeito inesperado de se recorrer a um SUP, é deveras importante recorrer a estratégias de comunicação que promovam a redução de ansiedade e denotem preocupação com o cliente, tais como: transmitir compreensão, reformulação, questionamento usado de forma subtil e moderada, respeito do espaço vital de cada elemento, recurso ao lúdico. Estas medidas são de facto fundamentais para que seja atribuída uma valência positiva à experiência, para além disso é adequado reconhecer o quão preponderante são as experiências prévias, que por terem sido negativas, podem condicionar a experiência seguinte.

Face ao exposto, considero que foi muito importante ter partilhado com a Enfermeira Chefe do SUP, quais eram as minhas expetativas de aprendizagem, o que permitiu que esta tivesse o cuidado de selecionar um enfermeiro orientador sensível e desperto para o meu objeto de estudo, o que foi facilitador para o desenvolvimento das atividades, as quais foram desenvolvidas de forma harmoniosa possibilitando atingir os objetivos propostos.

4.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O segundo contexto de estágio ocorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, num Hospital Distrital da região de Lisboa, diferente daquele em que exerço funções. Optei por conhecer um contexto hospitalar diferente, pelo facto de nunca ter exercido funções noutro hospital. Esta experiência revelou-se muito enriquecedora pela oportunidade de partilha de uma diversidade de práticas. Note-se que o conceito de *Benchmarking* visa conhecer outros contextos para obter ganhos, define-se como um processo que permite comparar as performances das organizações visando desenvolver as melhores práticas (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde).

Neste serviço, os cuidados de enfermagem são norteados pelo enquadramento conceptual que é preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste âmbito, o conceito de saúde é considerado como um estado subjetivo, uma vez que diz respeito à representação mental da sua condição individual. Por sua vez, a Pessoa é concebida como um ser com intencionalidade quanto ao seu comportamento, interagindo com o ambiente que o rodeia, numa procura constante para obter equilíbrio e harmonia. No que concerne aos Cuidados de Enfermagem, estes centram-se na relação interpessoal, assumindo que é desenvolvida uma Relação Terapêutica com a pessoa cuidada, no decorrer de um processo dinâmico, cujo principal intuito é o de contribuir para o projeto de saúde do indivíduo.

Relativamente à Metodologia de Trabalho, o serviço utiliza o método de trabalho individual, o que implica que em cada turno um enfermeiro é responsável por todos os cuidados prestados às crianças que lhe são

atribuídas, desta forma, a organização dos cuidados depende da tendência do enfermeiro em dar primazia à pessoa ou às intervenções (Costa, s.d.).

Este serviço dispõe de cinco camas de cuidados intensivos neonatais e dez camas de cuidados intermédios neonatais, em que o ratio varia entre 1:4 no caso da Unidade de Cuidados Intermédios é de 1:2 para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O que distingue a Unidade de Cuidados Intermédios da Unidade de Cuidados Intensivos relaciona-se com a instabilidade hemodinâmica do neonato. Assim, quando a criança está internada na Unidade de Cuidados Intensivos a sua fragilidade hemodinâmica requer cuidados de enfermagem mais frequentes e complexos.

Por seu lado, quando há necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva o neonato permanece na Unidade de Cuidados Intensivos, entre outros critérios específicos que condicionam a sua admissão nesta unidade é considerado, o estado de acidose metabólica ou o tempo de gestação (note-se que esta Unidade recebe neonatais cuja idade gestacional seja superior a 28 semanas).

Face ao exposto, defini para este contexto os objetivos que se seguem:

1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente nas situações de cuidados de especial complexidade;
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;

O Quadro 2 ilustra as atividades desenvolvidas com o intuito de concretizar os objetivos definidos.

Quadro 2. Síntese das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos neonatais.

Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente nas situações de cuidados de especial complexidade;	1.1.) Análise reflexiva das metodologias de trabalho e gestão de cuidados presentes nos diversos contextos de neonatologia; 1.2.) Observação participante das intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo Enfermeiro orientador; 1.3.) Pesquisa e leitura de bibliografia (a incluir na revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica). 1.4) Elaboração de um registo reflexivo sobre uma situação de cuidados de especial complexidade	- Protocolos do serviço; - Sistema de informação em vigor; - Diário de campo; - Bibliografia pesquisada.
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	2.1.) Dar continuidade à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando nas interações a dimensão emocional. 2.3.) Realização de entrevista semiestruturada aberta, de carácter informal, a dois enfermeiros especialistas, com o intuito de explorar a dimensão emocional da Relação Terapêutica.	- Artigos e livros pesquisados; - Guião de Entrevista

Quanto à atividade 1.1., que sugere a **análise reflexiva das metodologias de trabalho** é de referir, de acordo com o que já foi previamente referido, que a metodologia de trabalho adotada está em congruência com a conceção teórica que norteia a prática e possibilita ainda a prestação de Cuidados em Parceria (Anne Casey), bem como os Cuidados Centrados na Família, com o principal intuito de, ao identificar as necessidades dos pais e do recém-nascido poder satisfazê-las.

Salienta-se que o facto de ocorrer uma separação tão prematura, do recém-nascido da mãe, consiste numa situação emocionalmente intensa, geradora de ansiedade para a díade/tríade (Silva, 2014). Este aspeto pode comprometer o processo de vinculação caso o enfermeiro não intervenha por forma a promover a aproximação da díade ou tríade. Assim, a Relação Terapêutica que é estabelecida entre o enfermeiro e o cliente de cuidados, deve preconizar a negociação de estratégias (Cuidar em parceria), que promovam a aproximação ao recém-nascido, como por exemplo, **negociar com os pais** o horário mais oportuno para a prestação dos cuidados de higiene, contribuindo também para a promover as competências parentais.

Desta forma, a metodologia de trabalho, bem como a gestão dos cuidados, visa contribuir para a obtenção de ganhos para o cliente de cuidados, pelo que o enfermeiro disponibiliza ao Outro a sua perícia, através do 'cuidar', por forma a promover o bem-estar de quem cuida.

No âmbito da **observação participante das intervenções de enfermagem realizadas pelo Enfermeiro Orientador** (Atividade 1.2.), considero ter sido uma mais valia ter tido, mais uma vez, a oportunidade de contactar com a perspectiva de um outro colega, que exerce funções num contexto diferente daquele onde eu exerço funções e que está sob a influência de um ambiente organizacional também diferente. Por exemplo, quanto à documentação dos cuidados, o sistema operativo utilizado é diferente do que eu utilizo na minha prática clínica, neste contexto está em uso o da Glintt, sendo a taxonomia utilizada a da CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Assim, pude atualizar conhecimentos quanto à nomenclatura CIPE, o que é muito vantajoso, uma vez que se trata de uma taxonomia internacional.

Para além disso, a documentação dos cuidados era extremamente pormenorizada, o que me tornou mais desperta para documentar dimensões, que anteriormente não contemplava nos meus registos, embora as valorizasse na minha prática, como por exemplo: o registo de ter sido realizada aplicação de massagem com creme hidratante após os cuidados de higiene.

A documentação do aspeto acima referido, refere-se a uma intervenção autónoma de enfermagem, que é inerente aos cuidados à pele, que nos recém-nascidos é muito frágil, com a agravante da pressão exercida pelos materiais de alimentação, ventilação entre outros. Por sua vez, esta dimensão torna-se fundamental na vertente relacional, uma vez que a aplicação de massagem constitui um momento de relação com o recém-nascido, que para além de transmitir afeto possibilita o relaxamento muscular.

Tratou-se de um contexto que para mim foi marcante pela minúcia dos cuidados e sua complexidade, sendo seu exemplo uma situação de especial complexidade, referente à **admissão de um recém-nascido prematuro** de 29 semanas e com o peso à nascença de 690gr. Era um recém-nascido extremamente frágil, cuja superfície cutânea estava de tal forma pouco desenvolvida que possibilitava visualizar todos os vasos sanguíneos. Para

além destes sinais de prematuridade, sensibilizou-me o facto de os pais, que estavam na minha faixa etária, terem efetuado um **processo de identificação** comigo, o que foi benéfico, pois permitiu **aceder** mais facilmente **às principais necessidades sentidas pelos pais**, uma delas foi a **necessidade de espaço para a expressão de sentimentos e de emoções relacionados com o processo de doença do seu filho**, contrariando o que tinham idealizado quanto ao momento de nascimento do seu filho e à sua imagem corporal.

O estado hemodinâmico do recém-nascido era instável, e a imaturidade inerente à prematuridade implicava intervenções complexas. A sua complexidade era devida à dimensão do bebé e acima de tudo devia-se à sua grande vulnerabilidade, pelo que qualquer tipo de intervenção implicava o recurso a técnica asséptica. Por sua vez, o tempo de estimulação inerente às intervenções de enfermagem tinha que ser tido em consideração, pois perante uma estimulação excessiva podia acentuar-se a dificuldade respiratória. Note-se que este bebé estava em ventilação não invasiva, pelo que tive oportunidade de **manipular os ventiladores, atualizando conhecimentos quanto aos cuidados de enfermagem inerentes à criança ventilada**, bem como à **preparação do sistema de ventilação**.

A grande vulnerabilidade dos neonatos e a labilidade emocional dos pais, inerente ao nascimento de um filho, constituiu um excelente espaço para dar primazia à dimensão relacional, para o que foi importante dar continuidade à pesquisa de literatura que tinha iniciado no contexto anterior.

Entretanto, com o intuito de diversificar as atividades realizadas e para desenvolver competências de EESCJ na dimensão emocional, optei por **realizar uma entrevista semiestruturada** a dois enfermeiros especialistas. O Guião de Entrevista semiestruturada foi constituído por uma questão aberta: "as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar" (Diogo 2006, cit. por Diogo P. , 2015, p.XV). Considerando esta afirmação diga qual é a sua perspetiva no que concerne à dimensão emocional da relação terapêutica que estabelece com as pessoas de quem cuida?.". Salienta-se que o carácter informal da entrevista implicou apenas a autorização do próprio para se disponibilizar para dar a entrevista, cujo relato foi registado em notas de campo e posteriormente analisado, extraindo os aspetos chave,

dando resposta cabal à questão aberta e visando a reflexão sobre a prática (Apêndice III).

Através da realização desta atividade foi possível perceber que a temática da Relação Terapêutica parece suscitar dúvidas quanto ao seu desenvolvimento e no que concerne à implicação da dimensão emocional neste processo.

Assim, resultou um discurso que evidencia a dificuldade dos enfermeiros em expressarem por palavras os aspetos da esfera emocional, que estão presentes aquando do desenvolvimento de uma Relação Terapêutica. Parece haver uma incapacidade em testemunhar e concretizar como foi possível estabelecer uma relação com o Outro de quem se cuida. Esta incapacidade já tinha sido identificada por Lopes (2005, p. 16), ao afirmar que " (...) a arte da presença pode fazer a diferença no contexto da experiência humana de doença. Percebi essa arte em muitos colegas, mas não consegui que me explicassem como o conseguiam."

Esta atividade contribuiu para a aquisição de competências de EESCJ, uma vez que permitiu aceder a aspetos da relação com o cliente pediátrico, que são preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010), nomeadamente no que respeita à promoção da vinculação (E 3.1), da esperança realista (E 3.2.3.), a importância de negociar com os pais o seu envolvimento com o RN (E 3.2.6.).

Face ao exposto, considero que as experiências que este campo de estágio me proporcionaram permitiram que atingisse os objetivos que delineie para este contexto de aprendizagem.

4.3. Cuidados de Saúde Primários

Atualmente os CSP estão segmentados por unidades funcionais que visam garantir a prestação de cuidados a uma população de determinada área geográfica. Note-se que os CSP sofreram recentemente uma reorganização, tendo o Decreto-Lei 28/2008 preconizado a formação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que detêm autonomia administrativa e aglutinam um ou mais centros de saúde. Cada ACES é constituído por diferentes unidades funcionais, sendo estas: unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de

saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública, as unidades de recursos assistenciais partilhados. Existe a possibilidade de constituição de outras unidades ou serviços, mediante o parecer das Administrações Regionais de Saúde (Decreto-Lei 28/2008).

O contexto de estágio decorreu precisamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um ACES da ARSLVT, classificada como estando inscrita no Modelo A, trata-se de uma fase em que se estruturam as equipas internas e se definem as metodologias de trabalho a adotar. Assim, as USF consideradas Modelo A "Correspondem a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar" (Despacho n.º24 100/2007, 30419).

No que respeita ao referencial teórico que norteia a prática em contexto de Cuidados de Saúde Primários a Ordem dos Enfermeiros preconiza a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), o qual consiste num modelo que considera o sistema familiar como unidade de cuidados, a sua operacionalização assenta nas etapas do Processo de Enfermagem, considerando o seu carácter dinâmico, flexível e interativo, procurando a satisfação das necessidades da família (Figueiredo M. , 2012).

Face ao exposto, a intervenção do enfermeiro de família centra-se na relação interpessoal que estabelece com os vários elementos da família, por forma a determinar as suas necessidades, com vista a dar uma resposta efetiva que permita a promoção da saúde e a prevenção da doença, aspeto que tem um impacto muito positivo, com repercussões no bem-estar da população e no âmbito económico, uma vez que é mais dispendioso intervir quando já há doença (Cadete, s.d.).

A relação terapêutica é fundamental para ir ao encontro da pessoa cuidada, aspeto que assume uma importância ainda mais evidente perante o cliente de cuidados, que em contexto de CSP não está, habitualmente, em situação de doença. A intervenção do EESCJ deve ser cuidada e investida, (considerando que o futuro da sociedade são as crianças do presente, pelo que as crianças com estilos de vida saudáveis terão mais probabilidade de se tornarem adultosãos do ponto de vista físico e emocional.

Neste sentido, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) sofreu alterações, que preconizam, para além de uma preocupação com os aspetos físicos, uma forte e clara preocupação pelos aspetos emocionais.

Desta forma, pretende-se que se faça precocemente o despiste de perturbações emocionais e do comportamento, o que reforça a necessidade de estabelecer uma relação interpessoal baseada na confiança, propiciando assim, a expressão das necessidades e a adesão às medidas terapêuticas sugeridas (por exemplo hábitos alimentares) (Direção Geral de Saúde, 2013).

Quanto à metodologia de trabalho adotada observou-se o método de trabalho por Enfermeiro Responsável, pelo que cada utente está sob a responsabilidade de um único enfermeiro, que promove a gestão de caso. Esta metodologia possibilita a prestação de cuidados humanizados, centrados na família. Na ausência do enfermeiro responsável, o utente fica atribuído a um enfermeiro associado (Costa, s.d.). Importa frisar, que neste contexto quando determinada situação suscitava dúvidas, recorria-se aos enfermeiros de referência para os diferentes programas, ou seja o EESCJ era o enfermeiro de referência no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, entre outros.

Por sua vez, todas as semanas a equipa multidisciplinar se reunia com o intuito de discutir situações que pudessem estar a suscitar questões, bem como para partilhar áreas temáticas que eram identificadas prioritárias para serem aprofundadas (por exemplo a enfermeira coordenadora da USF, numa dessas reuniões, partilhou com os restantes elementos aspetos da conceção teórica inerente ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar). Na minha perspetiva, este tipo de organização da equipa é muito profícua, pois responsabiliza cada elemento, uma vez que a tomada de decisão está descentralizada. Para além disso, o nível de envolvimento e de motivação parecia ser elevado.

Assim, no âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários defini como objetivos os que se seguem:

- Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família.
- Desenvolver competências relacionais em contexto de intervenção com a criança, jovem e família em situação de ausência de doença.

O Quadro 3 dá conta das atividades inerentes à concretização dos objetivos delineados.

Quadro 3. Síntese das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família.	1.1.) Análise da metodologia de trabalho e gestão de cuidados presentes no contexto de uma USF; 1.2.) Pesquisa e leitura de bibliografia relativa à estruturação dos CSP; 1.3.) Observação participante das intervenções de enfermagem, nomeadamente consultas de saúde infantil nos diferentes estádios de desenvolvimento; 1.4.) Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada; 1.5.) Participação em duas reuniões de equipa multidisciplinar para discussão de casos de família. 1.6.) Promoção de reuniões informais com o Enfermeiro Orientador para reflexão da prática. 1.7.) Observação de uma sessão do curso de preparação para a maternidade, subordinada à temática da promoção da segurança infantil – elaboração de registo reflexivo.	- Protocolos do serviço; - Sistema de informação em vigor; - Bibliografia pesquisada; - Material inerente à aplicação da Escala de <i>Mary Sheridan</i> .
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de intervenção com a criança, jovem e família em situação de ausência de doença.	2.1.) Dar continuidade à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Registo em diário de campo de situações relevantes da prática de cuidados, para análise das técnicas de comunicação mobilizadas na Relação Terapêutica dos enfermeiros especialistas. 2.3.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações.	- Artigos e livros pesquisados; - Diário de campo.

Saliento que o estágio neste contexto foi muito enriquecedor, pelo facto de ter permitido prestar cuidados a crianças saudáveis e poder contribuir para que o seu percurso desenvolvimental podesse ser o mais harmonioso possível, tendo sempre como meta a aposta na prevenção. Por sua vez, também pude verificar, que a proximidade existente entre o enfermeiro e o utente era uma constante, aspeto que é facilitado pelo facto de o mesmo enfermeiro, ter o privilégio de acompanhar os vários elementos de uma mesma família nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Esta aproximação era visível pelo nível de confiança demonstrado, o que contribuía, em muito, para que a pessoa se sentisse confortável para partilhar com o enfermeiro as suas necessidades físicas e emocionais.

Uma situação que na minha perspetiva espelhou bem o laço de confiança estabelecido, diz respeito ao pedido de ajuda da mãe de um

adolescente ao seu enfermeiro de família. Esta mãe estava preocupada com o seu filho adolescente, uma vez que partilhou que não conseguia abordar o filho no que respeita a 'questões da intimidade do mesmo'. Assim, esta mãe que já conhecia muito bem a sua enfermeira de família, pediu-lhe ajuda para ultrapassar esta dificuldade. Posteriormente a enfermeira recebeu o jovem de 14 anos, abordando de forma natural os aspetos inerentes ao desenvolvimento sexual, à importância da expressão dos afetos na adolescência, tendo-se disponibilizando para o que fosse necessário no futuro, reforçando ainda ao jovem rapaz que os seus pais se preocupavam com ele e também já tinham tido a sua idade, pelo que uma aproximação relativa, caso sentisse abertura para tal, poderia ser benéfica.

De facto a adolescência é uma fase em que o desenvolvimento da identidade de género e da sexualidade, podem constituir um problema, gerando confusão interna, pelo que o EESCJ deve deter conhecimentos teóricos no que respeita a esta fase do desenvolvimento, para além de dever adaptar a sua comunicação verbal e não verbal aos adolescentes que habitualmente podem sentir receio em partilhar as suas preocupações. Assim, numa perspectiva de prevenção e consequentemente de ganhos em saúde, é de todo favorável o desenvolvimento de uma relação terapêutica desde tenra idade com a criança, para que cresça com um sentimento de confiança no seu enfermeiro de família.

No que concerne à Atividade 1.4., relativa à **aplicação da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada**, considero ter sido uma atividade que teve o intuito de desenvolver competências práticas quanto à aplicação desta escala, para além de ter sido um instrumento que na minha perspetiva foi mediador da relação com a criança que entendia esta atividade como lúdica. Habitualmente as crianças aderiam e demonstravam apreciar o que lhes era proposto. A maior condicionante relativa à aplicação desta escala relacionava-se com o fator tempo, ou seja dispndia-se cerca de 20 minutos para a aplicação da escala, o que por vezes interferia com a gestão do tempo. De qualquer forma, as consultas de enfermagem eram agendadas pelo enfermeiro, que fazia a previsão desta intervenção, de forma a não aumentar o tempo de espera para a realização das consultas seguintes. Em nenhuma das situações em que se aplicou esta escala, se detetaram perturbações no

desenvolvimento, apenas **foram identificadas** pequenas **fragilidades**, facilmente ultrapassadas com a **capacitação dos pais, para a adoção de estratégias específicas para o efeito**.

Quanto à atividade 1.7. que preconizou a **observação de uma sessão do curso de preparação para a maternidade**, devo referir que esta atividade foi por mim selecionada, uma vez que tinha interesse em **observar a intervenção do enfermeiro em dinâmica de grupo**. Assim, desta observação resultou um **registo reflexivo** (Apêndice IV) onde descrevo os principais aspetos que caracterizaram a sessão observada e a respetiva reflexão.

Na minha perspetiva importa desenvolver competências em contexto de grupo, uma vez que em saúde a intervenção não é apenas individual mas também grupal, como por exemplo através de ações de educação para a saúde, em que o profissional, quando pertinente, deve incitar a população a mudar de estilos de vida (redução do consumo diário de sal). Para tal a comunicação afetiva torna-se muito útil, sendo que o profissional deve revelar interesse nas preocupações expressas pelo Outro, transmitir segurança e assegurar apoio emocional (Teixeira, s.d.).

A promoção da expressão das emoções é essencial, tanto que nas atuais conceptualizações de Enfermagem o enfermeiro deve desenvolver competências específicas (comunicação, autoconhecimento, autoconsciência) para que intervenha como gestor emocional (Diogo P. , 2015). Porém deve ser considerado o *setting* em que se induz a expressão emocional, na medida em que o ambiente circundante poderá ser facilitador ou inibitório desta partilha. Assim, fatores como: ambiente físico circundante, a proximidade física entre o profissional e o cliente de cuidados, os condicionantes temporais exercem influência na relação desenvolvida com o Outro (Leal, 2008).

Em suma, tratou-se de uma atividade que permitiu perceber o quão importante é o recurso a um estilo de comunicação assertiva em contexto de grupo, através da utilização de técnicas como; o questionamento, escuta ativa, clarificação, compreensão, orientação, entre outras.

Assim, no que concerne às atividades desenvolvidas para operacionalizar o objetivo relativo à dimensão emocional dei **continuidade à revisão narrativa de literatura**, debruçando-me particularmente nos aspetos relativos à comunicação terapêutica, que procurei aplicar na prática clínica.

Neste contexto, tive oportunidade de cuidar de crianças, jovens e famílias que recorriam pela primeira vez a esta unidade de saúde, pelo que nestas situações tomei a iniciativa de **dirigir a consulta de enfermagem, tendo posteriormente elaborado um Diário de Campo cujas principais considerações expresso de seguida**. Posto isto, de acordo com a política instituída na unidade, a qual me fez muito sentido, dirigi-me à sala de espera para **receber a criança e seus pais**, cumprimentando-os, tendo em atenção que num primeiro contacto é suposto respeitar o espaço vital do Outro, sem o invadir. De seguida apresentei-me e orientei o casal e o RN para o gabinete de enfermagem, cuja disposição das cadeiras formava um ‘L’, por forma a que a secretária não constituísse uma barreira à comunicação.

Tratava-se da primeira consulta do RN, pelo que numa primeira instância **disponibilizei espaço para a expressão de emoções e de eventuais dúvidas**. Utilizei maioritariamente as técnicas de: **questionamento** (“Como estão a gerir a chegada do N. à vossa família?”), **compreensão** (“de facto os primeiros tempos não são fáceis”), **reformulação** (“Estão a querer dizer-me que o pequenito dorme bem”), **orientação** (“Em cada muda de fralda devem limpar o umbigo com muito cuidado e fazer uma dobra na fralda”). Após a realização da entrevista de enfermagem, procedi à **observação cefalo-caudal do RN, dando** simultaneamente **indicações das suas características**, por forma a manter os pais tranquilos. Importa salientar que **utilizei linguagem acessível e afetuosa**, o que facilitou a aproximação à família, que pela sua expressão pareceu sentir-se acolhida.

A breve descrição desta consulta de enfermagem dá conta, da **ênfatização da dimensão emocional nas interações** que decorreram da prestação de cuidados.

4.4. Serviço de Internamento de Pediatria

A necessidade de hospitalização durante a infância e a adolescência pode ter consequências negativas para a criança, o jovem e sua família. A criança e o jovem por estarem em desenvolvimento tornam-se mais vulneráveis às consequências das condicionantes ambientais, uma vez que detêm menos

estratégias e uma capacidade de resiliência precária, para ultrapassar as exigências e adversidades inerentes à hospitalização.

Desta forma, no meu entender é fundamental que o enfermeiro desenvolva competências que favoreçam o processo de construção da relação terapêutica em enfermagem pediátrica e que detenha, conhecimentos teóricos no que respeita às considerações a ter mediante os diferentes grupos etários e experiências prévias das crianças e jovens cuidadas.

Como já foi referido previamente, este estágio decorreu num serviço de Pediatria de um Hospital Distrital da Região de Lisboa, onde também exerço funções. Optei por terminar este percurso de aprendizagem no meu contexto de trabalho, depois de ter tido contato com os outros contextos pediátricos em que estagiei, por estar convicta que era mais benéfico para o meu processo de aquisição de competências.

Assim, para este contexto de estágio, com base no estado de arte relativo ao objeto de estudo e à minha prática clínica, defini objetivos seguintes:

- Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde, considerando as necessidades do ciclo de vida e o desenvolvimento da criança e do jovem.
- Desenvolver competências teórico-práticas quanto ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica.
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância do desenvolvimento da Relação Terapêutica na prestação de cuidados e a necessidade de dar visibilidade deste processo através da documentação.

O Quadro 4, apresenta de forma sumária as atividades desenvolvidas.

À semelhança do Serviço de Urgência Pediátrica, o modelo teórico que norteia a prática é o de Nancy Roper, pelo que o Cuidado é concebido como aspeto facilitador para que o indivíduo consiga ultrapassar acontecimentos que possam comprometer as suas atividades de vida. Assim, o cuidado visa a satisfação das necessidades humanas (Alligood & Tomey, 2004).

Quadro 4. Síntese das atividades desenvolvidas para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Serviço de Internamento de Pediatria.

Objetivos	Atividades	Recursos
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde, considerando as necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem.	1.1.) Análise da metodologia de trabalho e gestão de cuidados no serviço de internamento de Pediatria; 1.2.) Prestação de cuidados a crianças e jovens visando a excelência dos cuidados; 1.3.) Pesquisa e leitura de bibliografia de acordo com as necessidades sentidas; 1.4.) Promoção de reuniões informais com o Enfermeiro Orientador para a reflexão da prática. 1.5.) Identificação da necessidade de articular cuidados, mobilizando de forma adequada os recursos na comunidade; 1.6.) Despiste de alterações do desenvolvimento infantil, através do comportamento evidenciado; 1.7.) Mobilização de estratégias distrativas e sugestivas, adequadas à faixa etária, durante a realização de intervenções potencialmente dolorosas.	- Sistema de informação em vigor; - Bibliografia pesquisada; - Material inerente à prestação de cuidados; - Impresso para articulação de cuidados; - Material inerente à aplicação da Escala de <i>Mary Sheridan</i> . - Brinquedos, jogos, equipamento informático, TV
2. Desenvolver competências teórico-práticas quanto ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica.	2.1.) Dar continuidade à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Registo em diário de campo de situações da prática de cuidados, relevantes, para análise das técnicas de comunicação mobilizadas na Relação Terapêutica dos enfermeiros especialistas. 2.3.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações; 2.4.) Documentação de intervenções que visam a construção da Relação Terapêutica em Enfermagem; 2.5) Dar início a proposta de adequação dos registos, por forma a contemplar os aspetos implícitos no desenvolvimento da Relação Terapêutica.	- Bibliografia pesquisada; - Diário de campo.
3. Sensibilizar os enfermeiros para a importância do desenvolvimento da Relação Terapêutica na prestação de cuidados e a necessidade de dar visibilidade deste processo através da documentação.	3.1.) Dar início ao planeamento de uma formação em serviço para explorar aspetos relativos à construção da Relação Terapêutica em Enfermagem. c) Promoção de momentos informais de partilha e de reflexão de situações de cuidados emocionalmente intensos.	- Plano de sessão; - Diapositivos; - Grelha de avaliação da sessão.

Preconiza-se que os cuidados sejam centrados na família e em parceria, para o que é fundamental que se conheça os hábitos da criança e do jovem, bem como a dinâmica da família, para que seja possível identificar e satisfazer

as suas necessidades. Neste sentido, a metodologia de trabalho utilizada é o método de trabalho individual, pelo que em cada turno, cada enfermeiro é responsável por todas as intervenções realizadas às crianças e jovens que lhe estão atribuídos (Costa, s.d.). Note-se, que se procura que os mesmos enfermeiros cuidem dos mesmos clientes de cuidados nos diferentes turnos, tentando desta forma, uma aproximação ao método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável.

Face ao exposto, pode considerar-se que há concordância de filosofia no que respeita ao modelo teórico que norteia a prática e ao método de distribuição de trabalho utilizado, aspeto que favorece uma prestação de cuidados de excelência. Foi precisamente essa a minha intenção aquando da prestação de cuidados, **validando com frequência e de forma subtil, com o cliente de cuidados, a respeito da sua satisfação quanto aos cuidados prestados**. Esta medida, parece-me ter sido de grande utilidade uma vez que **confere preocupação com o Outro, bem como interesse em tornar a experiência de hospitalização o mais positiva possível**, aspeto que vai de encontro com o que a literatura preconiza, “Os enfermeiros procuram desenvolver interações que tornem a experiência de doença e hospitalização como positiva” (Fernandes, 2012).

Assim, no cuidado ao Outro preocupei-me, de uma forma constante e intencional, com o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica, tendo o cuidado de, informalmente, identificar em que fase da relação estaria, para determinadas crianças e jovens com os quais tive mais oportunidades para cuidar e por isso maior possibilidade em aprofundar a relação.

Gostaria de ressaltar a importância fulcral em **desenvolver laços de confiança com o cliente de cuidados**, perante a necessidade de realizar um procedimento potencialmente doloroso. Este aspeto confere vantagem ao profissional, que perante a pergunta frequente “vai doer?”, o profissional pode assegurar que “vou fazer de tudo para que custe o menos possível, posso dizer-te um truque para isso!”. No entanto, por vezes a confiança estabelecida pode não ser suficiente, para conferir segurança à criança que já tem experiências negativas prévias. Nessas situações, optei, inicialmente, por **explorar com a criança, o jovem e família os aspetos que na sua perspetiva tornaram essa experiência negativa**. Percebi, através da

expressão não verbal dos clientes de cuidados, surpresa perante esta minha preocupação e muita disponibilidade para partilharem essas experiências negativas, tronando-se em última instância catártico.

Posto isto, recorri sempre que possível a estratégias **distrativas, sugestivas e por vezes houve necessidade de associar medidas farmacológicas** (protóxido de azoto) para os procedimentos mais dolorosos. É de salientar, **que adaptei as estratégias ao grupo etário e possibilitei sempre a presença das pessoas significativas à criança e jovem.**

Nesta linha, inclusivamente, houve uma criança que em determinada circunstância me pediu que estivesse presente a criança que estava na unidade ao lado da sua. Foi muito interessante, a presença da “vizinha”, na medida em que a sua presença foi securizante e permitiu desmistificar o medo da dor associada a procedimentos invasivos.

A título de exemplo prático, perante a necessidade de punção venosa para colheita de sangue, numa criança pré-escolar, sem experiências prévias de hospitalização, optei por **transmitir informação adequada** à criança e família, sem muito espaço temporal por forma a evitar a ansiedade da criança.

No que respeita ao espaço, habitualmente opto por realizar este tipo de procedimento na sala de tratamentos, pois reservo a unidade da criança para atividades de lazer, trata-se da zona de segurança e conforto da criança. É de referir, que **questiono sempre a criança sobre quem gostaria que estivesse presente** e ao chegar à sala de tratamentos, **mostro à criança uma caixa com brinquedos, solicito que escolha um, explico qual o comportamento que espero da sua parte e informo-a que caso siga as minhas sugestões, recebe como prémio** o brinquedo escolhido. Esta estratégia, para além de constituir um **reforço positivo, distrai a criança do procedimento invasivo.**

Quanto ao **posicionamento da criança, também dou a possibilidade de se deitar ou de permanecer no colo da pessoa significativa.** De seguida uso um garrote colorido e **recorro a analogias do seu quotidiano: “tenho aqui uma pulseira muito gira que te devia ficar muito bem”** (referindo-me ao garrote).

Com vista a **distrair a criança do local de punção, seleciono com a mesma um video ou uma música** que seja do seu agrado e sugiro, que a cantemos em conjunto. **Solicito também a participação da pessoa**

significativo e digo “vamos fazer uma festa”. Desta forma, num ambiente divertido o procedimento decorre sem comportamento de choro e de forma pouco ansiogénica. Por vezes, os pais mostravam-se mais renitentes a este tipo de estratégias, principalmente quando havia experiências prévias negativas, chegando mesmo alguns a verbalizar: “nada resulta, ela está traumatizada”, porém no fim do procedimento era visível a surpresa nas suas facies.

No que respeita ao segundo objetivo proposto para este contexto, **dei continuidade à revisão narrativa de literatura, elaborei um diário de campo onde abordei uma situação emocionalmente intensa e explorei as estratégias de comunicação utilizadas** (Apêndice V).

Por sua vez, **enfatizei na minha intervenção a dimensão relacional**, tendo o cuidado de **documentar devidamente esta intervenção**, por exemplo quando promovia espaço para expressão das emoções e dúvidas, registei no separador que remete para o ‘Papel Parental’ ou ‘Ação da Criança’ consoante o sujeito a quem era dirigida esta intervenção. Cada vez mais convicta da importância da **dimensão relacional** e uma vez que, o sistema de informação não contempla os aspetos relacionais, elaborei uma proposta de adequação dos registos na referida plataforma (Apêndice VI).

No âmbito do terceiro objetivo por mim definido, promovi momentos informais de partilha de situações emocionalmente intensas, percebendo que os enfermeiros, embora se preocupem por melhorar a sua performance no domínio relacional, sentem uma enorme necessidade em partilhar este tipo de situações.

Quanto à formação em serviço que planeei dinamizar durante o estágio, por motivos organizacionais, não foi de todo possível concretizá-la no momento inicialmente previsto para a sua realização, uma vez que durante esse período houve necessidade de abrir uma unidade extra de cuidados intermédios, que foi assegurada com o recurso a trabalho extraordinário, o que representou uma excessiva sobrecarga de trabalho para os enfermeiros da equipa do serviço. Deste modo, embora tivesse preparado a documentação para realizar a sessão, só houve possibilidade de a agendar para junho (Apêndice VII).

5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O percurso de estágio desenvolvido no âmbito deste Curso de Especialização em ESIP tem como finalidade a aquisição das competências de EESCJ, que são preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Este processo de ensino-aprendizagem, permitiu-me desenvolver um pensamento de enfermagem diferente do que tinha. Decorrente das experiências vividas e refletidas, passei a conceber a Enfermagem Pediátrica como um domínio que implica conhecimentos teórico-práticos específicos, bem como um conhecimento profundo do próprio, para que seja possível o recurso efetivo do *self* no cuidado ao Outro, tal como Jean Watson sugere.

Assim, na minha perspetiva, inspirada em Watson e Collière, ‘cuidar’ é ser sensível ao Outro, é estar atento aos pormenores importantes, é contribuir para que o Outro consiga superar-se, é estar em relação com o Outro. Desta forma, as experiências de estágio possibilitaram a aquisição de competências específicas de EESCJ.

As minhas intervenções em contexto de cuidados de saúde primários, em que promovi as competências parentais da família, despistei precocemente situações de doença, dão conta de ter adquirido a competência que preconiza que o enfermeiro “Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

Quanto à segunda competência do Regulamento da OE “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, as atividades desenvolvidas no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em que prestei cuidados a RN prematuros com grande instabilidade hemodinâmica e com patologias raras (exemplo de parésia do diafragma e das cordas vocais), espelham a aquisição desta competência específica.

Por sua vez, as estratégias de comunicação que procurei diversificar em todos os contextos de estágio, a promoção da expressão das emoções, as intervenções que visaram o despiste de fragilidades do desenvolvimento, contribuíram para a aquisição da terceira competência: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

Saliento ainda o contexto de internamento de Pediatria, onde tive oportunidade de desenvolver relações terapêuticas mais duradouras, recorrer a uma grande diversidade de estratégias para alívio da dor no cliente pediátrico; identificar e articular com os recursos da comunidade, com vista a dar suporte ao cliente pediátrico com necessidades de continuidade de cuidados.

As relações com intencionalidade terapêutica, construídas no ato de cuidar, contribuíram para a prestação de cuidados em parceria e com o recurso frequente à negociação e emponderamento do cliente pediátrico, inscritas na filosofia de cuidados centrados na família. Por sua vez, as atividades que foram desenvolvidas, permitiram-me desenvolver as minhas habilidades de reflexão relativa à aquisição das competências que são preconizadas pela OE para o EESCJ.

6. PROJETOS FUTUROS

Do percurso realizado emergiram ambições para a realização de iniciativas futuras. Assim, num futuro próximo (junho) pretendo dinamizar a formação que organizei para o contexto do serviço de Pediatria, para que logo que seja oportuno, promover a sessão de formação em serviço no âmbito da Relação Terapêutica, com a proposta de um plano de formação constituído por três Módulos:

- 1) O potencial da construção da Relação Terapêutica em Pediatria – Prática Baseada na Evidência;
- 2) Comunicar – um instrumento terapêutico indispensável ao cuidar;
- 3) Documentar para dar visibilidade.

Um outro projeto que pretendo desenvolver, é a publicação de uma revisão sistemática da literatura do tipo *Scoping Review* sobre a Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, com o intuito de divulgar evidência científica e dessa forma, poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Por fim, e com vista a basear a prática em evidência científica, pretendo propor o desenvolvimento de investigação no âmbito do processo de construção da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, que como pude perceber através do estado de arte, esta temática tem ainda muitos aspetos para serem explorados e estudados. Assim, gostaria de desenvolver um estudo que pudesse explicar o modo dos enfermeiros desenvolverem o processo da Relação Terapêutica com o cliente pediátrico, dando relevo às estratégias de comunicação que são utilizadas neste processo.

7. CONCLUSÃO

Para a aquisição das competências específicas de EESCJ foi necessário desenvolver um percurso de aprendizagem no domínio teórico e prático, que são preconizados pelo Curso de Pós-Especialização em ESIP. O culminar deste curso consistiu num estágio com a duração de 18 semanas em quatro contextos pediátricos distintos, para os quais foram definidos os objetivos e as respetivas atividades para a operacionalização dos mesmos.

Quanto ao objeto de estudo do presente relatório – a Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica – inspirou os objetivos e as atividades que foram realizadas, as quais incidiram fortemente nos aspetos inerentes ao processo de desenvolvimento de uma relação entre o profissional e o cliente de cuidados, tais como a dimensão emocional e o domínio da comunicação terapêutica. É de salientar que na vertente relacional ainda existem muitos aspetos por desenvolver e desbravar, uma vez que os profissionais de saúde, parecem ter pouca consciência do quão importante é a dimensão relacional para o ‘cuidar’.

No decorrer da experiência de estágio procurei desenvolver o processo relacional com o cliente pediátrico, caracterizado pelo recurso intencional a estratégias de comunicação promotoras de empatia. Note-se que a fase de desenvolvimento da relação condicionou a seleção das estratégias utilizadas. Assim, no início da relação deu-se primazia à técnica de questionamento, compreensão, reformulação, com o principal intuito de conhecer de uma forma holística o cliente de cuidados. Após a identificação das necessidades físicas e emocionais recorreu-se a estratégias como a compreensão, confronto, silêncio reflexivo, autorrevelação. O fim da relação era cuidadosamente preparado, utilizando frequentemente a orientação e o encorajamento, com vista à promoção da autonomia.

Nesta experiência, observei ainda vários enfermeiros em processos relacionais e com laços de confiança bastante coesos, que não se davam conta destes processos, tomando consciência dos mesmos com a partilha informal que tentei promover, sempre que oportuno, junto dos enfermeiros, com vista a que passassem a ter consciência dos aspetos da Relação Terapêutica,

alertando-os, que sem essa consciência a sua intencionalidade corria o risco de ser posta em causa.

Note-se que se verificaram limitações que condicionaram algumas das atividades inicialmente planeadas. Mas na minha perspetiva, a capacidade em contornar as imprevisibilidades com criatividade, é uma das características que o enfermeiro especialista deve desenvolver, priorizando sempre a qualidade dos cuidados a prestar. Desta forma, as limitações encontradas foram superadas o melhor possível, tendo sempre em mente a concretização dos objetivos propostos e por conseguinte, a aquisição das competências do enfermeiro especialista.

Quanto às vivências que o estágio me proporcionou, considero que foram muito enriquecedoras, tendo sido uma mais valia conhecer realidades distintas daquela onde exerço funções, na medida em que o contacto com um 'saber fazer' distinto daquele que tenho no meu contexto de trabalho, contribuiu para valorizar aspetos do local onde habitualmente presto cuidados.

Deste modo, tomei consciência que o Serviço de Pediatria onde exerço a minha atividade profissional é considerado um serviço de referência, aspeto que até ao momento não tinha percecionado. Por outro lado, ao terminar o estágio no meu local de trabalho, passei a ter uma perspetiva diferente do mesmo, percebendo que a dinâmica e o knowhow da equipa se foi desenvolvendo muito no decorrer do tempo. Assim, constatei, por exemplo, que o local onde se valoriza mais o recurso a estratégias para alívio da dor pediátrica é efetivamente no meu local de trabalho, onde há inclusivamente um grupo de trabalho dedicado à dor pediátrica.

Por sua vez, a elaboração deste relatório fez-me ter consciência do quão importante é a reflexão escrita, reconhecendo-o como um instrumento fundamental para consolidar as aprendizagens e incorporar as competências adquiridas.

Posto isto, posso afirmar com convicção que atingi os objetivos a que me propus, tendo desenvolvido as competências que estão preconizadas para o enfermeiro especialista em ESCJ, reconhecendo a responsabilidade que isso acarreta e a importância, em continuar a desenvolver essas mesmas competências com o recurso à formação ao longo da vida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde. (n.d.). *Monitorização do Serviço Nacional de Saúde*. Retrieved 2016 йил Março from <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking/enquadramento/objectivos.aspx>
- Alves, E., Dessunti, E., & Oliveira, M. (2013). O Pensamento Reflexivo na Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería* , 3 (3), 47-53.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (1998). As consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo. *Análise Psicológica* , XVI (1), 11-28.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bellato, R., Pasti, M., & Takeda, E. (1997). Algumas Reflexões Sobre o Método Funcional no Trabalho da Enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto* , 5 (1), 75-81.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cadete, J. (s.d.). O “enfermeiro de família” cria proximidade nos cuidados de saúde. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em dezembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/asr/PublishingImages/OENORTE.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. (G. Toletti, & M. d. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidata.
- Collière, M. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

- Costa, J. (s.d.). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Retrieved 2015 йил setembro from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dusseldorp, L., Goossens, P., & Achterberg, T. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing* (32), 2-19.
- Decreto-Lei 28/2008. (2008). *Diário da República* , 1ª Série (n.º 38), 1182-1189.
- Despacho n.º24 100/2007. (2007). *Diário da República* , 2ª Série (n.º 203), 30419.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competências emocionais na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 43-51.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Faleiros, F., Sadala, M., & Rocha, E. (2002). Relacionamento Terapêutico com a Criança no Período Perioperatório: Utilização do Brinquedo e da Dramatização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* , 1 (36), 58-65.
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na urgência pediátrica*. Obtido em 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of Family Nursing Care Model. *Rev Esc Enferm USP* , 3 (43), 612-8.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.

- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). São Paulo: Mosby.
- Junior, J., & Ângulo, M. (2013). O brincar no contexto hospitalar: um estudo sobre as representações de crianças de três a seis anos de idade. (U. M. Paulo, Ed.) *Anais: IV Mostra de Psicologia da Saúde*.
- Kéroutac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El Pensamento Enfermero*. Barcelona: Masson Editores.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lopes, M. (2005). *Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma Relação*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.
- Murray, P. (2006). Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed., pp. 30-54). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (66), 180-196.
- Moreira, M. (2012). Mapas Conceituais e Aprendizagem Significativa. *Revista Chilena de Educação Científica*, 4 (2), 38-44.
- Motta, A., Perosa, G., Barros, L., Silveira, K., Lima, A., Carnier, L., et al. (2015). Comportamentos de coping no contexto. *Estudos de Psicologia*, 32 (2), 331-341.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. II). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento N.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II* (35), pp. 8648-8653.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico: Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 70-81.
- Pais Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Livpsic.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.
- Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. (2014). Qualidade pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática de literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Maria, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (7), 55-62.
- Pimentel, A. (2007). A Teoria da Aprendizagem Experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 2 (12), 159-168.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Saldaña, D., Alarcón, M., & Romero, H. (2015). Aspects that Facilitate or Interfere in the Communication Process Between Nursing Professionals and Patients in Critical State. *Invest. Educ. Enferm.* , 1 (33), 102-111.
- Sequeira, C., & Coelho, M. (2014). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Como a Caracterizam os Enfermeiros. *revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 31-xx.
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Simão de Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construi laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem* , 14, 67-74.
- Spitz, R. (1948). The Role of Ecological Factors in Emotional Development in Infancy Child Development. 20 (3), 145-155.
- Reichert, A., Lins, R., & Collet, N. (2007). Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem* , 9 (1), pp. 200-213.
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor comunicar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Rogers, C. (1976). *Tornar-se Pessoa*. Morais Editora.
- Rother, E. (2007). Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* , 2 (20), V-VI.
- Teixeira, J. (s.d.). Nota de Abertura - Comunicação em Saúde. *Análise Psicológica* .
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I. Guia Orientador das Atividades de Estágio




6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro (n.º 6071)

Lisboa
2016



ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	3
1. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES EM CADA CONTEXTO DE ESTÁGIO	6
1.1. Serviço de Urgência Pediátrica.....	6
1.2.Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	9
1.3. Cuidados de Saúde Primários.....	12
1.4. Serviço de Internamento de Pediatria	15
2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	22
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

NOTA INTRODUTÓRIA

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses distingue as competências do enfermeiro generalista das do especialista, defendendo que o seu desempenho deve espelhar uma prestação de cuidados de nível avançado, devendo para tal desenvolver uma capacidade reflexiva que o conduza a um cuidado de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim a elaboração deste projeto de aprendizagem tem como alicerce fundamental o modelo de aprendizagem reflexiva, de modo a contribuir para o desenvolvimento da prática reflexiva e de uma Enfermagem Avançada (Benner, 2001).

Uma vez que se trata de uma especialização em ESCJ, importa destacar as competências que distinguem o enfermeiro especialista do generalista, sendo que o enfermeiro ESCJ intervém com o intuito de assistir “ (...) a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (...) nas situações de especial complexidade; (...) em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Salienta-se que o cuidado à criança/jovem envolve sempre o elemento ‘família’, cuja definição com que mais me identifico é a que sugere que a família consiste “(...) no que a pessoa considera que seja.” (Murray, 2006). Esta definição dá conta da subjetividade individual de cada cliente de cuidados, que deve ser encarado de forma holística e considerando todas as suas dimensões como pessoa. O enfermeiro ESCJ pode prestar cuidados em diferentes contextos, os quais têm características e especificidades diferentes, bem como exigências distintas.

Exerço funções há nove anos no serviço de internamento de um Hospital Distrital de Lisboa, o qual tem capacidade para receber 42 crianças/jovens, das quais 6 são da Unidade de Cuidados Intermédios, onde permanecem as crianças/jovens que necessitam de uma intervenção mais complexa e/ou maior vigilância do seu estado hemodinâmico. Trata-se de um serviço constituído por profissionais bastante jovens, com tempos de exercício profissional entre os dois e os 14 anos. A dimensão do serviço e as suas exigências constituem um

fator que pode contribuir para o *distress* físico e psicológico dos profissionais, aspeto referido pelos mesmos, em momentos de partilha informais.

Este serviço de Pediatria recebe crianças/jovens com as mais diversas patologias, o que implica uma constante atualização de conhecimentos bem como uma elevada resiliência para a gestão das emoções associadas à situação de doença complexa.

Desta forma, os enfermeiros deste serviço tendem a dar bastante de si às pessoas de quem cuidam (Watson, 2002, 2005), desenvolvendo relações terapêuticas, aparentemente, de qualidade, contudo os registos de enfermagem não dão a devida visibilidade a esta relação, o que poderá suscitar dúvidas quanto à sua importância e intencionalidade com que desenvolvem esta relação terapêutica. Por sua vez, neste serviço há constantemente crianças/jovens sem acompanhante, pelo que a relação terapêutica desenvolvida com a criança/jovem é ainda mais perentória, ao ser desejável que os enfermeiros assumam o papel de pais num plano mental (Zengerle-Levy, 2004).

A relação terapêutica tem sido amplamente estudada em várias áreas do saber, sendo que a possibilidade de mudança ocorre na e pela relação terapêutica desenvolvida (Leal, 2005), para além deste ser um processo central no cuidar, permite conhecer e compreender o cliente de cuidados (Collière, 1999; Watson, 2002). Neste sentido, o acrónimo encontrado para identificar este projeto de aprendizagem “ARTE” na Pediatria “A Relação Terapêutica em Enfermagem”, remete precisamente para a Teoria do Cuidar proposto por Jean Watson e Collière, concebendo o cuidar em enfermagem como uma arte e simultaneamente uma ciência.

Este projeto tem como principal finalidade desenvolver conhecimentos e competências no que respeita ao processo de desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente pediátrico.

Assim, o problema identificado do qual emerge a necessidade deste projeto, está relacionado com a minha prática clínica. Por sua vez, numa perspetiva pessoal surgem-me frequentemente questões/ambivalências relacionadas com o Processo de Relação entre o Enfermeiro e a Criança/Jovem/Família, pelo que tenho grande interesse em investir e aprofundar conhecimentos nesta área.

Face ao exposto, o presente Guia Orientador de Atividades realizadas em Estágio, inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tem como finalidade o estudo do processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, cujos objetivos gerais são os que se seguem:

- Direcionar as experiências de estágio para os objetivos de aprendizagem delineados previamente;
- Potenciar as experiências de aprendizagem.
- Facilitar a partilha do objeto de estudo e dos objetivos de aprendizagem para o estágio, com cada Enfermeiro orientador.

1. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES EM CADA CONTEXTO DE ESTÁGIO

A definição de objetivos consiste numa fase fundamental para nortear o percurso desenvolvido no estágio clínico, para tal importa que ocorra previamente a leitura de bibliografia pertinente à temática em estudo. Assim, no presente capítulo serão definidos os objetivos de aprendizagem bem como as atividades desenvolvidas em cada contexto de Estágio. Note-se que se considerou importante, proceder a uma breve fundamentação teórica específica para cada contexto, por forma a possibilitar uma prática baseada na evidência científica, que constitui uma conduta com previsível garantia de que serão obtidos os melhores resultados, otimizando os recursos disponíveis (Pereira, Cardoso, & Maria, 2012). Salienta-se ainda que o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista preconiza, no âmbito das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro "Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8649).

1.1. Serviço de Urgência Pediátrica

A primeira apreciação/avaliação poderá ter consequências muito evidentes no comportamento da díade/triade face à possibilidade de hospitalização, torna-se fundamental investir na dimensão emocional em contexto de Serviço de Urgência Pediátrico, trata-se do primeiro contacto com o contexto hospitalar, sendo que na infância o processo saúde-doença é caracterizado inevitavelmente por experiências de medo (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

A experiência de hospitalização infantil poderá ter consequências negativas para a criança/jovem e sua família, Barros (1998), refere que os primeiros estudos no âmbito da hospitalização infantil, que visavam explorar as consequências deste fenómeno no desenvolvimento e adaptação psicológica, encontraram resultados muito negativos e "(...) um panorama geral bastante negro." (Barros, 1998, p.11). Não obstante, a criança que é um ser frágil e em

desenvolvimento detém menos estratégias e uma capacidade de resiliência precária, para colmatar as exigências e adversidades inerentes à experiência de doença e hospitalização.

Perante o fenómeno da hospitalização, a literatura defende haver três fatores que poderão contribuir para o desenvolvimento de emoções como o medo, angústia ou ansiedade, são eles: perda de controlo, dor associada às intervenções e separação do seu ambiente, das suas atividades habituais (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Por sua vez a resposta da criança é influenciada por vários aspetos, são eles: estágio de desenvolvimento; experiências prévias; capacidade de confronto; gravidade do diagnóstico e os recursos externos disponíveis (Hockenberry & Barrera, 2014).

Em contexto de Serviço de Urgência, os enfermeiros procuram desenvolver interações que tornem a experiência de doença e hospitalização como positiva (Fernandes, 2012), pelo que Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida (2015), defendem que os enfermeiros podem recorrer a estratégias que visem contribuir para transformar a experiência de doença em positiva, tais como: incentivar a presença dos pais/pessoa significativa; escutar; estar presente; explorar medos e ansiedades e disponibilizar espaço para responder a questões.

Salienta-se que, num estudo desenvolvido com o intuito de descrever comportamentos de *coping* de crianças hospitalizadas e suas relações com idade, sexo e motivo da hospitalização, constatou-se que a brincadeira terapêutica foi uma das estratégias mais usadas entre os 6 e 12 anos, observando-se uma correlação negativa entre brincar e o comportamento de choro (Motta, Perosa, Barros, Silveira, Lima, Carnier, Hostert, & Caprini, 2015), o que dá conta do potencial terapêutico do brincar, permitindo a redução do comportamento de choro, que apesar de constituir uma expressão das emoções, associa-se a emoções de conotação negativa, podendo revelar tristeza, desconforto, dor. Posto isto, a estratégia de brincar assume uma dimensão distrativa e projetiva (Junior & Ângulo, 2013).

Face ao exposto, para o contexto de Serviço de Urgência Pediátrica defini os objetivos que se seguem:

1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente quanto à maximização da saúde e às situações de especial complexidade;

2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica;

3. Analisar o percurso dos utentes no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, no que concerne ao impacto emocional da experiência.

Assim, o Quadro 1 dá conta das atividades a desenvolver com vista à concretização de cada um dos objetivos

Quadro 1. Atividades a desenvolver para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.

Objetivos	Atividades	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente quanto à maximização da saúde e às situações de especial complexidade	1.1.) Análise reflexiva das metodologias de trabalho presentes nos diversos contextos de cuidados; 1.2.) Participação nas intervenções realizadas nos diferentes setores do serviço de urgência pediátrica 1.3.) Pesquisa e leitura de bibliografia (a incluir na revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica).	- Protocolos do serviço; - Sistema de informação em vigor; - Bibliografia pesquisada.	- Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs; - Enfermeiro Orientador; - Docente da ESEL.
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.	2.1.) Dar início à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Registo em diário de campo de situações da prática de cuidados, relevantes, para análise das técnicas de comunicação mobilizadas na Relação Terapêutica dos enfermeiros especialistas. 2.3.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações. 2.4.) Planificação/melhoria de uma mala lúdica por forma a minimizar a dor associada a procedimentos invasivos bem como para mediar o processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança.	- Artigos e livros pesquisados; - Diário de campo. - Mala lúdica	- Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs; - Enfermeiro Orientador; - Docente da ESEL; - Feedback dos pares.
3. Analisar o percurso dos utentes no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, no que concerne ao impacto emocional da experiência.	3.1.) Prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos do Serviço de Urgência Pediátrica (triagem, sala de tratamentos/inaloterapia e sala de observação – S.O.); 3.2.) Identificação das necessidades emocionais do utente pediátrico, através da interação com o mesmo; 3.3.) Leitura e pesquisa de bibliografia.	- Material inerente à prestação de cuidados; - Bibliografia Pesquisada.	- Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs; - Enfermeiro Orientador; - Docente da ESEL.

1.2.Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O período Neonatal compreende desde o nascimento até aos 28 dias de vida, trata-se de um período de tempo em que o recém-nascido se está a adaptar à vida extra-uterina e a vincular-se à pessoa significativa (Hockenberry & Barrera, 2014).

O processo de vinculação foi amplamente estudado por John Bowlby autor da Teoria da Vinculação (1966), que resultou do desenvolvimento de várias investigações, num dos seus trabalhos com adolescentes delinquentes Bowlby, sugeriu que a "(...) privação materna no período crucial dos 0 aos 5 anos poderia favorecer um comportamento antissocial e aparecimento de problemas emocionais, (...) revelavam maior falta de empatia com os outros, ausência de culpa e incapacidade de sustentar relações duradouras com significado." (Bowlby, 1944, cit. por Silva, 2014, p. 9).

Por sua vez René Spitz e seus colaboradores (1948) corroboravam os achados de Bowlby, ao estudar o fenómeno de Hospitalismo, explorando o desenvolvimento emocional da criança durante o primeiro ano de vida. Desta forma, observaram crianças institucionalizadas, em que umas permaneciam na instituição usufruindo dos cuidados das suas mães e outras estavam privadas desta relação mãe-filho de forma continuada, no entanto, eram cuidadas por enfermeiros que tinham à sua responsabilidade cerca de 8 a 12 crianças. Para os grupos de estudo foram providos cuidados de excelência que satisfaziam as suas necessidades básicas como alimentação, higiene e eliminação.

Ao compararem os dois grupos de crianças verificaram que, aquelas que tinham a oportunidade de se relacionarem com a sua mãe de forma permanente, tornaram-se *toddlers* saudáveis com um desenvolvimento emocional adequado. No entanto, o grupo de crianças que não pode usufruir desta relação, evidenciava fragilidades nas áreas da linguagem, motricidade, autonomia. Verificou-se ainda, que aos dois anos de idade, no grupo de crianças que foram cuidadas pelas suas mães nenhuma delas tinha morrido, mas as das crianças que não tiveram oportunidade de se vincularem a taxa de mortalidade foi de 37%.

Desta forma, tornou-se evidente que a relação afetiva estabelecida entre a criança e a mãe/figura substituta, durante o primeiro ano de vida, é de uma importância fulcral para o desenvolvimento da mesma (Spitz, 1948).

Face ao exposto, a necessidade de hospitalização do recém-nascido durante o período neonatal pode ter implicações severas para o seu desenvolvimento, caso não seja promovida e favorecida a presença e interação mãe/filho. A literatura alerta ainda para o facto de que a separação física que ocorre quando o recém-nascido está fisiologicamente instável, está associada a uma separação emocional, não obstante esta condicionante pode ser ultrapassada/minimizada sendo para tal fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista ao oferecer condições/sugestões que permitam uma permanência de qualidade dos pais/pessoas significativas junto dos seus filhos, promovendo assim a vinculação entre a díade.

Note-se ainda, que o contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é familiar para o profissional de saúde, mas habitualmente perspectivado pela família como ameaçador, pelo que pode condicionar o sentimento de pertença do recém-nascido aos pais (Reichert, Lins, & Collet, 2007).

Desta forma, no que concerne ao contexto de Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais defini os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente quanto às situações de especial complexidade;
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;

Posto isto, o Quadro 2 apresenta as atividades a desenvolver com vista à concretização de cada um dos objetivos definidos.

Quadro 2. Atividades a desenvolver para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos neonatais.

Objetivos	Atividades	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ nomeadamente quanto às situações de especial complexidade;	1.1.) Análise reflexiva das metodologias de trabalho e gestão de cuidados presentes nos diversos contextos de neonatologia; 1.2.) Observação Participante nas intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo Enfermeiro orientador; 1.3.) Pesquisa e leitura de bibliografia (a incluir na revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica). 1.4) Elaboração de um registo reflexivo sobre uma situação de cuidados de especial complexidade	- Protocolos do serviço; - Sistema de informação em vigor; - Diário de campo; - Bibliografia pesquisada.	-Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão estruturada Ciclo de Gibbs; -Enfermeiro Orientador; -Docente da ESEL.
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	2.1.) Dar continuidade à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações. 2.3.) Realização de entrevista semiestruturada aberta, de carácter informal, a dois enfermeiros especialistas, com o intuito de explorar a dimensão emocional da Relação Terapêutica.	- Artigos e livros pesquisados; - Guião de Entrevista	-Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs; -Enfermeiro Orientador; -Docente da ESEL; -Feedback dos pares.

No que respeita ao Guião de Entrevista semiestruturada, este será constituído por uma questão aberta: "as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar" (Diogo 2006, cit. por Diogo P. , 2015, p.XV). Considerando esta afirmação diga qual é a sua perspetiva no que concerne à dimensão emocional da relação terapêutica que estabelece com as pessoas de quem cuida?". Salienta-se que o carácter informal da entrevista implica apenas a autorização do próprio em como autoriza esta entrevista, cujo relato será registado em notas de campo e posteriormente analisado, extraindo os aspetos chave, dando resposta cabal à questão aberta, visando a reflexão sobre a prática.

1.3. Cuidados de Saúde Primários

O acesso aos cuidados de saúde é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como se tratando de algo fundamental para o bem-estar das populações. Em 1978 observou-se uma mudança de paradigma no que respeita a este aspeto, através da Declaração de Alma-Ata que preconiza o direito de todos a usufruírem de cuidados de saúde. Assim, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem recursos essenciais para a operacionalização dos valores de justiça e equidade sugeridos nesta Declaração (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Na atualidade os CSP estão segmentados por unidades funcionais que visam garantir a prestação de cuidados a uma população de determinada área geográfica. Note-se que os CSP sofreram uma reestruturação relativamente recente, aspeto que consta em Decreto-Lei 28/2008 que preconiza a formação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que detêm autonomia administrativa e aglutinam um ou mais centros de saúde. Cada ACES é constituído por diferentes unidades funcionais, sendo estas: unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados. Existe a possibilidade de constituição de outras unidades ou serviços, mediante o parecer das Administrações Regionais de Saúde (Decreto-Lei 28/2008).

O contexto de estágio decorrerá precisamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), classificada como se inscrevendo no Modelo A, trata-se de uma fase em que se estruturam as equipas internas bem como se definem as metodologias de trabalho a adotar. Assim, as USF consideradas Modelo A "Correspondem a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar" (Despacho n.º24 100/2007, 30419).

No que respeita ao referencial teórico que norteia a prática em contexto de Cuidados de Saúde Primários a Ordem dos Enfermeiros preconiza a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), trata-se de um modelo que considera o sistema familiar como unidade de cuidados, a sua operacionalização assenta nas etapas do Processo de

Enfermagem, considerando o seu carácter dinâmico, flexível e interativo, procurando a satisfação das necessidades da família (Figueiredo, 2012).

Face ao exposto, a intervenção do enfermeiro de família centra-se na relação interpessoal que estabelece com os vários elementos da família, por forma a determinar as suas necessidades, com vista a dar resposta efetiva, que permita a promoção da saúde e a prevenção da doença, aspeto que tem um impacto muito positivo, com repercussões no bem-estar da população e no âmbito económico, sendo mais dispendioso intervir quando já há doença (Cadete, s.d.).

Neste sentido, a relação terapêutica é fundamental para ir ao encontro da pessoa cuidada, aspeto que assume uma importância ainda mais evidente perante o cliente de cuidados, que em contexto de CSP não está, habitualmente, em situação de doença. A intervenção do EESCJ deve ser cuidada e investida, considerando que o futuro da sociedade são as crianças do presente, pelo que as crianças com estilos de vida saudáveis terão mais probabilidade de se tornarem adultosãos do ponto de vista físico e emocional.

Neste sentido, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) sofreu alterações, que preconizam para além de uma preocupação com os aspetos físicos uma forte e clara consideração pelos aspetos emocionais. Desta forma, pretende-se o despiste precoce de perturbações emocionais e do comportamento, o que reforça a necessidade de estabelecer uma relação interpessoal baseada na confiança, propiciando assim, a expressão das necessidades e a adesão às medidas terapêuticas sugeridas (por exemplo hábitos alimentares) (Direção Geral de Saúde, 2013).

Posto isto, no âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários defini como objetivos os que se seguem:

- Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família.
- Desenvolver competências relacionais em contexto de intervenção com a criança, jovem e família em situação de ausência de doença.

Desta forma, o Quadro 3 dá conta das atividades inerentes à concretização dos objetivos delineados.

Quadro 3. Atividades a desenvolver para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Objetivos	Atividades	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família.	<p>1.1.) Análise da metodologia de trabalho e gestão de cuidados presentes no contexto de uma USF;</p> <p>1.2.) Pesquisa e leitura de bibliografia relativa à estruturação dos CSP;</p> <p>1.3.) Observação participante das intervenções de enfermagem, nomeadamente consultas de saúde infantil nos diferentes estádios de desenvolvimento;</p> <p>1.4.) Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada;</p> <p>1.5.) Participação em duas reuniões de equipa multidisciplinar para discussão de casos de família.</p> <p>1.6.) Promoção de reuniões informais com o Enfermeiro Orientador para reflexão da prática.</p> <p>1.7.) Observação de uma sessão do curso de preparação para a maternidade, subordinada à temática da promoção da segurança infantil – elaboração de registo reflexivo.</p>	<p>- Protocolos do serviço;</p> <p>- Sistema de informação em vigor;</p> <p>- Bibliografia pesquisada;</p> <p>- Material inerente à aplicação da Escala de <i>Mary Sheridan</i>.</p>	<p>-Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão de Gibbs;</p> <p>-Enfermeiro Orientador;</p> <p>-Docente da ESEL.</p>
2. Desenvolver competências relacionais em contexto de intervenção com a criança, jovem e família em situação de ausência de doença.	<p>2.1.) Dar continuidade à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica.</p> <p>2.2.) Registo em diário de campo de situações da prática de cuidados, relevantes, para análise das técnicas de comunicação mobilizadas na Relação Terapêutica dos enfermeiros especialistas.</p> <p>2.3.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações.</p>	<p>- Artigos e livros pesquisados;</p> <p>- Diário de campo.</p>	<p>-Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs;</p> <p>-Enfermeiro Orientador;</p> <p>-Docente da ESEL;</p>

1.4. Serviço de Internamento de Pediatria

A experiência de hospitalização infantil poderá ter consequências negativas para a criança/jovem e sua família. Este aspeto é fulcral para a criança que é um ser frágil e em desenvolvimento, e que detém menos estratégias e uma capacidade de resiliência precária, para colmatar as exigências e adversidades inerentes à hospitalização.

Perante o fenómeno da hospitalização, a literatura defende que há três fatores que poderão contribuir para o desenvolvimento de emoções perturbadoras como o medo e ansiedade, são eles: perda de controlo, dor associada às intervenções e separação do seu ambiente, das suas atividades habituais (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Barros (1998), refere que os primeiros estudos no âmbito da hospitalização infantil, que visavam explorar as consequências deste fenómeno no desenvolvimento e adaptação psicológica, encontraram resultados muito negativos e “(...) um panorama geral bastante negro.” (Barros, 1998, p.11).

O Hospitalismo foi amplamente estudado por René Spitz e seus colaboradores (1948), que exploraram o desenvolvimento emocional da criança durante o primeiro ano de vida. Desta forma, observaram crianças institucionalizadas, umas permaneciam na instituição usufruindo dos cuidados das suas mães e outras estavam privadas desta relação mãe-filho continuada, no entanto, eram cuidadas por enfermeiros que tinham à sua responsabilidade cerca de 8 a 12 crianças. Para os grupos de estudo, foram providos cuidados excelentes que satisfaziam as suas necessidades básicas como alimentação, higiene e eliminação.

Ao compararem os dois grupos de crianças verificaram que, aquelas que tinham a oportunidade de se relacionarem com a sua mãe de forma permanente, tornaram-se *toddlers* saudáveis com um desenvolvimento emocional adequado. No entanto, o grupo de crianças que não pode usufruir desta relação, evidenciava fragilidades nas áreas da linguagem, motricidade, autonomia. Verificou-se ainda, que aos dois anos de idade, no grupo de crianças que foram cuidadas pelas suas mães nenhuma delas tinha morrido, enquanto que das crianças que não tiveram oportunidade de se vincularem a taxa de mortalidade foi de 37%. Desta forma, tornou-se evidente que a relação

afetiva estabelecida entre a criança e a mãe/figura substituta, durante o primeiro ano de vida, é de uma importância fulcral para o desenvolvimento da mesma (Spitz, 1948).

A partir dos resultados destes estudos (Spitz, Bowlby e outros), tem-se observado uma evolução quanto à dinâmica dos serviços de Internamento de Pediatria, nomeadamente no que respeita ao acompanhamento familiar em internamento hospitalar, que atualmente permite a permanência de um acompanhante por cada criança, durante as 24 horas, sendo que para os jovens com idade superior a 16 anos, existe a possibilidade de o próprio designar a pessoa acompanhante ou até prescindir da sua presença (Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro). Esta medida, de alguma forma procura minimizar o efeito da separação associada à hospitalização.

Por sua vez, há outras medidas que podem ser adotadas no sentido de reduzir o impacto da hospitalização, pelo que Pereira, Nunes, Teixeira, & Diogo (2010), num estudo que desenvolveram acerca da importância do brincar como estratégia para mediar a gestão emocional da criança hospitalizada, concluíram que o brincar, quando usado com intencionalidade, constitui um meio para promover o bem-estar das crianças, contribuindo para a sua adaptação, atribuindo uma valência positiva à experiência de hospitalização. A tónica na intencionalidade das intervenções do enfermeiro é um aspeto fundamental que permite a distinção das intervenções terapêuticas das não terapêuticas.

O processo de construção da Relação Terapêutica tem sido objeto de estudo em diversas áreas do saber, considerando-se exercer uma influência muito evidente no indivíduo com o qual é estabelecida a relação. Em enfermagem a Relação Terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com os clientes de cuidados, bem como pelo respeito pelas suas capacidades e pela valorização das potencialidades do Outro (Ordem dos Enfermeiros, 2001), constituindo como requisito a regulação das emoções do próprio o que remete para o conceito de Trabalho Emocional, que diz respeito à regulação das próprias emoções para 'cuidar' (Smith, 1988, 1991, 1992, cit por Diogo, 2015).

No âmbito da psicologia clínica, a literatura defende inclusivamente, que a possibilidade de intervenção só é possível estabelecendo uma relação entre clínico e cliente que permita motivar ambos a aprofundar essa relação, com o

intuito de promover mudança no cliente. Assim, a qualidade da intervenção tem por base a qualidade da relação terapêutica que se desenvolveu, pelo que Leal (2005), afirma que “a possibilidade de mudança ocorre na e pela relação” (p.241).

Ainda no que concerne a esta área do saber, num estudo retrospectivo (Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012), desenvolvido com o principal objetivo de determinar fatores preditores de *dropout*, encontraram diferenças estatisticamente significativas ($\alpha=0,05$), entre os sujeitos do grupo que interrompeu de forma prematura a intervenção e os do grupo que completou o programa, quanto à qualidade da relação terapêutica.

Os autores salientam que esta dimensão é subjetiva, na medida em que, quando recorrem ao conceito de qualidade remetem para a perceção subjetiva de cada interveniente no que concerne à relação terapêutica, isto é, para o sentir individual do significado atribuído à relação desenvolvida com o profissional. Neste sentido, os autores sugerem que numa fase inicial da intervenção, deve ser dada primazia ao uso de estratégias que promovam o desenvolvimento da relação terapêutica, por forma a aprofundar a ligação entre a pessoa e o profissional, bem como para estabelecerem em conjunto os objetivos da intervenção, prevenindo assim situações de *dropout*.

No que respeita à disciplina de enfermagem, a relação terapêutica tem sido, de igual modo objeto de interesse, maioritariamente no domínio da enfermagem em saúde mental. Num estudo de revisão de literatura desenvolvido no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental, com pessoas com o diagnóstico de psicose, os autores debruçaram-se especialmente no processo de desenvolvimento da relação terapêutica, por se tratar de uma dimensão fundamental para o processo de cuidar. Os vários estudos analisados deram conta de que o desenvolvimento de uma relação de confiança, com reciprocidade e de suporte parece contribuir para o bem-estar geral dos clientes de cuidados.

Note-se que existe um conjunto de estratégias a adotar pelo enfermeiro, que pode favorecer o processo de desenvolvimento de uma relação terapêutica, destacando-se as que se seguem: transmissão de compreensão, ser empático, recurso intencional a auto-revelação, demonstrar disponibilidade e assegurar a confidencialidade dos conteúdos partilhados, estas estratégias

foram reforçadas por McCann & Baker (2001, cit. por Pereira & Rebelo Botelho, 2014), defendendo ainda que o 'estar sintonizado' com a geração e o 'procurar ser amigo' dentro dos limites terapêuticos também constituíam estratégias a considerar no processo de desenvolvimento da relação terapêutica.

Desta forma, os estudos analisados deram conta de que a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o cliente de cuidados assume uma importância primordial ao contribuir especificamente para a promoção do sentimento de esperança, bem como para a redução da ansiedade e por conseguinte favorece o sentimento de controlo sentido pelo cliente de cuidados (Reed, 2008, cit. por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011).

Ainda no que concerne à enfermagem em saúde mental, cujo investimento nesta temática é aparentemente mais notório do que em enfermagem pediátrica, foi desenvolvido um outro estudo de revisão de literatura, com o intuito de identificar as qualidades pessoais do enfermeiro que favorecem a relação terapêutica em enfermagem de saúde mental. Neste estudo, destacaram-se duas vertentes como se tratando das essenciais para a relação terapêutica, são elas a dimensão profissional e a pessoal, sendo que existem características pessoais que beneficiam a relação que o enfermeiro estabelece com o cliente de cuidados, salientando-se as qualidades pessoais que se seguem: o altruísmo, a compaixão/solidariedade, a gentileza e simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade.

Porém os autores alertam para o facto destas características se assemelharem às que são identificadas no âmbito social, o que pode pôr em causa o profissionalismo e a importância da relação estabelecida, pelo que a imposição de limites terapêuticos é essencial para demarcar as fronteiras entre a dimensão social e a profissional. Perante o que foi observado, os autores sugerem que seja aprofundada a forma como as características pessoais podem condicionar a Relação Terapêutica e remetem ainda para a intencionalidade que deve estar inerente a este processo (Pereira & Rebelo Botelho, 2014).

Desta forma, a relação terapêutica diz respeito à relação de cuidar, a qual é concebida "enquanto uma união com outra pessoa (...) assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade (Watson, 2002, p. 111), salientando-se que existem antecedentes e consequentes da relação,

são eles: a confiança e o conforto, num contexto em que a pessoa cuidada denota grande vulnerabilidade (Simão de Oliveira & Lopes, 2010).

Lopes (2005), debruçou-se sobre a natureza da relação entre os enfermeiros e os doentes oncológicos, para o que desenvolveu um estudo de investigação recorrendo à metodologia *grounded theory*, resultando uma teoria de médio alcance, pelo que determinou que o processo de relação é constituído por três fases sequenciais: Princípio da relação, Corpo da relação e Fim da relação. Para o autor a Relação Terapêutica tem início no momento da admissão, a segunda fase relaciona-se com o “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” que envolve a promoção da confiança, aspeto fundamental para a promoção da relação “há que criar condições para que a relação possa ocorrer” (Lopes, 2005, p. 243).

A relação terapêutica caracteriza-se por ser uma relação profissional, assimétrica, que implica um envolvimento e uma intencionalidade (Leal, 2005). Num estudo de caso desenvolvido no âmbito da construção da relação terapêutica em enfermagem pediátrica, constatou-se o impacto positivo do brincar terapêutico na redução da ansiedade e do medo na criança em situação de hospitalização (Faleiros, Sadala, & Rocha, 2002), o que dá conta que em Enfermagem Pediátrica as estratégias que facilitam o desenvolvimento da Relação Terapêutica diferem de acordo com o grupo etário a que pertence o cliente de cuidados, para além de que em Enfermagem Pediátrica é envolvido um outro elemento, que diz respeito à família, aos cuidadores informais e pessoa significativa.

Por sua vez, a comunicação é o principal instrumento terapêutico do enfermeiro, implicando duas componentes, uma cognitiva e outra afetiva (Phaneuf, 2005). Nesta sequência, importa adaptar as estratégias de comunicação aos grupos etários das crianças cuidadas (Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, 2006). No que concerne aos lactentes a presença da pessoa significativa é fundamental, por se tratar da pessoa que melhor conhece o bebé, e por ser uma figura securizante para o bebé que ainda só comunica de forma não verbal.

Com o desenvolvimento da linguagem, a criança começa a recorrer a elementos da comunicação verbal, caracterizados por idiosincrasias, reconhecidas essencialmente pelos pais e pessoas significativas. Na idade pré-

escolar o uso de explicações simples e a alusão aos aspetos sensitivos associados aos procedimentos, pode contribuir para a construção da confiança no enfermeiro, por sua vez o recurso a técnicas comportamentais como a atribuição de reforços pode assumir grande utilidade na adesão ao tratamento, bem como ao uso de estratégias distrativas.

Na idade escolar, importa dar explicações simples dos procedimentos, envolvendo os pais, sempre que estes desejem, a sua colaboração não deve ser uma imposição. As crianças desta idade preocupam-se com a sua integridade corporal pelo que se tornam muito sensíveis perante qualquer sugestão de dor.

Por sua vez, os adolescentes são caracterizados por mudanças bruscas no comportamento, flutuando entre uma perspectiva própria das crianças e dos adultos. Podemos apelar, quando possível, à opinião do adolescente perante aspetos passíveis de escolha, como a presença da família e pessoa significativa, para além disso, torna-se fundamental apelar à expressão de sentimentos, preocupações e dúvidas, assegurando que o sigilo será mantido. O uso do humor poderá ser também uma boa estratégia.

Face ao exposto, torna-se visível o quão complexo poderá ser a construção de uma relação terapêutica em enfermagem pediátrica, assim como das considerações a ter mediante os diferentes grupos etários e experiências prévias das crianças e jovens cuidadas. Desta forma, o contexto de internamento visa ser o culminar do percurso já desenvolvido no que respeita à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico, pelo que o quadro que se segue pretende ilustrar as atividades a desenvolver nesta fase final do estágio.

Quadro 4. Atividades a desenvolver para a operacionalização dos objetivos e aquisição de competências - Contexto de Serviço de Internamento de Pediatria.

Objetivos	Atividades	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde, considerando as necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem.	1.1.) Análise da metodologia de trabalho e gestão de cuidados no serviço de internamento de Pediatria; 1.2.) Prestação de cuidados a crianças e jovens visando a excelência dos cuidados; 1.3.) Pesquisa e leitura de bibliografia de acordo com as necessidades sentidas; 1.4.) Promoção de reuniões informais com o Enfermeiro Orientador para a reflexão da prática. 1.5.) Identificação da necessidade de articular cuidados, mobilizando de forma adequada os recursos na comunidade; 1.6.) Despiste de alterações do desenvolvimento infantil, aplicando quando pertinente a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada; 1.7.) Mobilização de estratégias distrativas e sugestivas, adequadas à faixa etária, durante as intervenções potencialmente dolorosas.	- Sistema de informação em vigor; - Bibliografia pesquisada; - Material inerente à prestação de cuidados; - Impresso para articulação de cuidados; - Material inerente à aplicação da Escala de <i>Mary Sheridan</i> . - Brinquedos, jogos, equipamento informático, TV	- Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão de Gibbs; - Enfermeiro Orientador; - Docente da ESEL.
2. Desenvolver competências teórico-práticas no âmbito do processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica.	2.1.) Dar continuidade à realização de uma revisão narrativa de literatura no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica. 2.2.) Registo em diário de campo de situações da prática de cuidados, relevantes, para análise das técnicas de comunicação mobilizadas na Relação Terapêutica dos enfermeiros especialistas. 2.3.) Prestação de cuidados de enfermagem personalizados, enfatizando a dimensão emocional nas interações; 2.4.) Documentação de intervenções que visam a construção da Relação Terapêutica em Enfermagem.	- Bibliografia pesquisada; - Diário de campo.	- Reflexão estruturada da experiência de acordo com o modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs; - Enfermeiro Orientador; - Docente da ESEL.
3. Sensibilizar os enfermeiros para a importância do desenvolvimento da Relação Terapêutica para a prestação de cuidados bem como, para a necessidade de dar visibilidade deste processo através da documentação dos cuidados.	3.1.) Dinamização de uma formação em serviço para explorar aspetos relativos à construção da Relação Terapêutica em Enfermagem. c) Promoção de momentos informais de partilha e de reflexão de situações de cuidados emocionalmente intensos.	- Plano de sessão; - Diapositivos; - Projetor; - Grelha de avaliação da sessão.	- Enfermeiros do serviço de Pediatria. - Enfermeiro Orientador; - Docente da ESEL.

2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A organização temporal das atividades definidas é uma medida de extrema importância para que todas as atividades possam decorrer com o mínimo de intercorrências, desta forma foi desenvolvido um cronograma que espelha a sequência temporal das mesmas.

No que concerne ao contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, considera-se desnecessária a realização de Cronograma pela curta duração que terá este estágio, o qual compreenderá 3 semanas. Quanto ao contexto de Cuidados de Saúde Primários a elaboração de um cronograma parece-me inviável uma vez que as atividades decorrerão num *contínua*, pelo que num mesmo dia decorrerão atividades distintas, apenas a atividade de observação da sessão do Curso de Preparação para a Maternidade terá lugar num dia específico (4 de dezembro).

Considerando a duração mais prolongada que vai ter o estágio em contexto de Urgência Pediátrica e do Serviço de Internamento de Pediatria, optei por enfatizar estes dois contextos através da construção dos respetivos cronogramas de atividades (Quadro 5 e 6).

Quadro 5. Cronograma de Atividades – Contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.

Semanas Atividades	Semana 1 (28 set. - 2 outubro)	Semana 2 (3 - 9 outubro)	Semana 3 (10 - 16 outubro)	Semana 4 (17 - 23 outubro)	Semana 5 (24 - 30 outubro)
Atividades Inerentes ao Objetivo 1					
Atividades Inerentes ao Objetivo 2					
Atividades Inerentes ao Objetivo 3					

Legenda: Atividades Inerentes ao Objetivo 1. Desenvolver competências específicas de EESCJ;_Atividades Inerentes ao Objetivo 2. Desenvolver competências relacionais em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica;_Atividades Inerentes ao Objetivo 3. Analisar o percurso dos utentes no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, no que concerne ao impacto emocional.

Quadro 6. Cronograma de Atividades – Contexto de Serviço de Internamento de Pediatria.

<div>Semanas</div> <div>Atividades</div>	Semana 1 (04 - 08 janeiro)	Semana 2 (11 - 15 janeiro)	Semana 3 (18 - 22 janeiro)	Semana 4 (25 - 29 janeiro)	Semana 5 (01 - 05 fevereiro)	Semana 6 (08 - 12 fevereiro)
Atividades Inerentes ao Objetivo 1						
Atividades Inerentes ao Objetivo 2						
Atividades Inerentes ao Objetivo 3						

Legenda: Atividades Inerentes ao Objetivo 1. Desenvolver competências específicas de EESCJ no âmbito da maximização da saúde, considerando as necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem;_Atividades Inerentes ao Objetivo 2. Desenvolver competências teórico-práticas no âmbito do processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em enfermagem pediátrica._Atividades Inerentes ao Objetivo 3. Sensibilizar os enfermeiros para a importância do desenvolvimento da Relação Terapêutica para a prestação de cuidados bem como, para a necessidade de dar visibilidade deste processo através da documentação dos cuidados.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (1998). As consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e Controlo. *Análise Psicológica*, XVI (1), 11-28.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cadete, J. (s.d.). O “enfermeiro de família” cria proximidade nos cuidados de saúde. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em dezembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/asr/PublishingImages/OENORTE.pdf>

Collière, M. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Decreto-Lei 28/2008. (2008). *Diário da República*, 1ª Série (n.º 38), 1182-1189.

Despacho n.º24 100/2007. (2007). *Diário da República*, 2ª Série (n.º 203), 30419.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competências emocionais na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 43-51.

Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Dusseldorp, L., Goossens, P., & Achterberg, T. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing* (32), 2-19.

Faleiros, F., Sadala, M., & Rocha, E. (2002). Relacionamento Terapêutico com a Criança no Período Perioperatório: Utilização do Brinquedo e da Dramatização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1 (36), 58-65.

Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na urgência pediátrica*. Obtido em 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata.

Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). São Paulo: Mosby.

Junior, J., & Ângulo, M. (2013). O brincar no contexto hospitalar: um estudo sobre as representações de crianças de três a seis anos de idade. (U. M. Paulo, Ed.) *Anais: IV Mostra de Psicologia da Saúde*.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.

Lopes, M. (2005). *Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma Relação*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.

Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (66), 180-196.

Motta, A., Perosa, G., Barros, L., Silveira, K., Lima, A., Carnier, L., et al. (2015). Comportamentos de coping no contexto. *Estudos de Psicologia*, 32 (2), 331-341.

Murray, P. (2006). Influências da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed., pp. 30-54). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. II). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento N.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II* (35), pp. 8648-8653.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. (2014). Qualidade pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática de literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 61-73.

Pereira, R., Cardoso, M., & Maria, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (7), 55-62.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Reichert, A., Lins, R., & Collet, N. (2007). Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (1), pp. 200-213.

Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Simão de Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construi laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14, 67-74.

Spitz, R. (1948). The Role of Ecological Factors in Emotional Development in Infancy Child Development. 20 (3), 145-155.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice II. Diário de Campo I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Diário de Campo I

Nome: Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro

Contexto: Serviço de urgência Pediátrica (Hospital Distrital de Lisboa)

O serviço de Urgência Pediátrico constitui frequentemente o primeiro contacto da criança com o contexto hospitalar, pelo que esta experiência pode ter consequências nas experiências futuras. A literatura evidencia que os processos de saúde-doença na infância são caracterizados pelo medo e ansiedade (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015), o qual visa assumir uma função adaptativa, isto é, espera-se que a dimensão do medo seja proporcional ao estímulo. Desta forma, é expectável que o enfermeiro que preste cuidados num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) esteja sensível para a dimensão desta experiência de medo, por forma a desenvolver interações que contribuam para que a experiência assuma uma valência positiva (Fernandes, 2012).

Face ao exposto, o presente Diário de Campo tem como principal objetivo contribuir para a reflexão das estratégias de comunicação utilizadas mediante as necessidades emocionais identificadas da criança/jovem que é admitida num SUP. Com vista a nortear esta reflexão irei recorrer ao modelo de reflexão estruturada Ciclo de Gibbs, pelo que a presente reflexão irá incluir numa primeira instância a descrição da situação, de seguida os sentimentos associados, avaliação, análise do evento, conclusão e plano de ação (Jasper, 2003).

A presente situação de cuidados ocorreu durante um turno no SUP quando me encontrava no posto de trabalho da Triagem. Pelas 10h deu entrada uma menina de 9 anos, trazida pelos bombeiros, proveniente do Centro de Saúde, com quadro evidente de dificuldade respiratória (tiragem global marcada, polipneia notória), de imediato, transmitindo o máximo de tranquilidade, aproximei-me, apresentei-me e recebi a informação verbal dos bombeiros.

A criança estava acompanhada pela sua mãe, sendo que ambas estavam a chorar, a criança chorava de forma compulsiva. Assim, procurei tranquilizá-la referindo

“Vamos dar o nosso melhor para que fiques boa rapidamente” e em simultâneo avaliei a saturação periférica de O₂, bem como a frequência cardíaca, revelando saturações de 100% e uma taquicárdia de 120bpm. Entretanto procurei obter informações junto da mãe, percebendo que a menina já tinha tido experiências prévias pouco positivas. Como me encontrava em contexto de triagem, encaminhei a situação para o médico, explicando que naquele momento seria observada pelo médico e que depois disso me iriam encontrar novamente.

Na sequência da observação médica, constatou-se que a auscultação não revelava alterações compatíveis com o quadro clínico observado, de qualquer forma foi-lhe prescrito um broncodilatador através de aerossol. Assim, uma vez que me encontrava na situação privilegiada de estudante e em consenso com a Enfermeira orientadora, optei por acompanhar a criança à sala de tratamentos e administrar-lhe a medicação. Já na sala de inaloterapia, onde havia mais privacidade, pude explorar com a mãe o sucedido e percebi que a mãe já tinha tido uma experiência prévia negativa "Sabe enfermeira eu já perdi uma filha e o bombeiro disse que eu devia ter vindo há mais tempo" (sic mãe da criança), ...". Mediante esta afirmação foi promovido um silêncio reflexivo, em que no decorrer do qual a mãe chorou de forma discreta.

Entretanto a filha mantinha-se assustada por ver a mãe preocupada e pelo aparato da necessidade de ter vindo na ambulância, desta forma procurei conhecer junto da criança, os seus gostos de brincadeiras, referindo que gostava de música, pelo que rapidamente acedi ao vídeo de uma música que era do seu agrado, tendo tido um efeito muito positivo.

Enquanto a menina ouvia a música, continuei a falar com a sua mãe, a alguma distância da criança, nesse momento procurei reconfortar a mãe e transmitir compreensão no que respeita às dúvidas que os pais habitualmente têm em relação ao bem-estar dos filhos, a senhora ficou aparentemente mais tranquila.

No fim da intervenção e da melhoria das queixas que motivaram a ida ao SUP, a mãe veio-me agradecer a atenção dada, o que para mim foi muito gratificante e deu conta da eficácia das estratégias de comunicação que utilizei, cujo intuito foi de promover a empatia e atenuar a emocionalidade negativa experienciadas por ambas (mãe e filha).

Assim, mediante a limitação temporal inerente a um SUP, procurei utilizar estratégias de comunicação que apelassem à compreensão, conforto, técnica de

sugestão, distração (através da música) e reforço positivo, tendo tido como resultado final a redução de ansiedade da díade e a atitude de gratificação por parte da mesma.

Quanto ao reforço positivo atribuído, este foi verbal e dirigiu-se à criança, pela cooperação na realização da medicação e também foi dirigido à mãe, quando se assumiu que esta tinha dado o seu melhor, esta afirmação visava reforçar de forma positiva as competências parentais e demonstrar o quão difícil pode ser a tomada de decisão no que respeita a problemas que afetam os filhos.

No que respeita à emocionalidade expressa pela díade aquando da sua chegada ao SUP, esta pode ter sido exacerbada pelo facto da criança ter sido trazida pelos bombeiros e ainda pela experiência prévia da mãe, sendo que a perda de um filho gera uma dor indescritível.

Tratou-se de uma situação relativamente comum em contexto de SUP, em que os níveis de ansiedade dos pais estão elevados, perante a perceção subjetiva de doença dos filhos, sendo que este aspeto pode e deve ser despistado logo desde a triagem, que constitui um espaço primordial de primeiro contacto com a criança, onde o enfermeiro especialista deve comunicar por forma a transmitir confiança ao utente pediátrico (Fernandes, 2012).

No meu ponto de vista, consegui transmitir a confiança suficiente para tranquilizar a díade, o que muito me satisfaz. Procurei acima de tudo explorar os sentimentos e emoções por forma a compreender o comportamento expresso, para tal recorri a várias estratégias de comunicação que se revelaram facilitadoras da expressão de sentimentos, bem como para a construção da relação empática que deve caracterizar a relação terapêutica.

A tomada de consciência das estratégias utilizadas é extremamente importante para a sua consciencialização, aspeto defendido por Phaneuf (2005), ao afirmar que os enfermeiros devem considerar que as mensagens que emitem são constituídas por conteúdos intencionais, no entanto há aspetos da comunicação que são involuntários, o que poderá condicionar a dimensão terapêutica da mesma. Deste modo, recorri de forma sistemática às estratégias de compreensão, reforço positivo verbal, silêncio reflexivo e estratégias distrativas através da música e de técnicas sugestivas, sempre com a intenção de promover empatia, reduzir a ansiedade da díade e promover a cooperação da criança na administração da terapêutica inalatória. Desta forma, a relação terapêutica foi fundamental para promover o bem-estar e o alívio do sofrimento da criança e da mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competências emocionais na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 43-51.

Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na urgência pediátrica*. Obtido em 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care: Beginnig Reflective Practice*. United Kingdom: Cengage.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Apêndice III. Entrevista Semiestruturada

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatría

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Entrevista Semiestruturada

Nome: Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro

Guião da entrevista:

"As emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar" (Diogo 2006, cit. por Diogo P. , 2015, p.XV). Considerando esta afirmação diga qual é a sua perspetiva no que concerne à dimensão emocional da Relação Terapêutica que estabelece com as pessoas de quem cuida?."

Note-se que cada um dos enfermeiros especialistas que foi entrevistado, deu autorização verbal para a realização da entrevista. Este espaço constituiu uma partilha de experiências de Ser enfermeiro/a. Cada relato foi registado em notas de campo.

Entrevista 1:

Silêncio inicial, pelo que a questão foi reformulada.

"- Na minha prática procuro estabelecer uma relação profissional de ajuda. Inevitavelmente vão estar presentes as minhas próprias emoções nestas relações. Acima de tudo desenvolvo relações empáticas ... funcionais. Recorro às minhas convicções e assumo que também tenho os meus medos, o que me parece estreitar laços ... promover compreensão.

- Na nossa profissão lidamos com todo o tipo de pessoas, pelo que me parece ser fundamental adaptar as minhas características pessoais às pessoas de quem cuido. Tento o mais possível estar presente e disponível para escutar.

- Perante situações que mexem comigo gosto de pensar que dei o meu melhor, alivia o meu sentir. Mas custa principalmente desde que tenho filhos ... enfim ... penso conseguir estar próxima e afastar-me quando necessário."

Entrevista 2:

“ - Agora começamos a tomar consciência da relação que estabelecemos com a díade, em Neonatologia. ... Importa cuidar em parceria, e fazer com que os pais sintam que o bebé é seu. É importante dar reforço positivo aos pais, para que possam sentir-se pais no pouco que podem fazer. Assim, a parceria de cuidados pressupõe a negociação dos cuidados, por forma a que sintam que o bebé é deles.

- Na ausência dos pais temos de dar afeto e o toque é fundamental.

- Acho que o tema da Relação Terapêutica está em crescente desenvolvimento científico, acho que agora é que começamos a ouvir e tomar mais consciência da relação que estabelecemos com a díade.”.

A exploração dos conteúdos registados visa dar uma resposta cabal à questão colocada aos enfermeiros especialistas entrevistados.

Na Entrevista 1, podemos observar que o sujeito reconhece a presença das emoções na Relação Terapêutica, sendo que as suas características pessoais são mobilizadas: "(...) vão estar presentes as minhas próprias emoções (...)", "Recorro às minhas convicções (...)". Por seu lado, na Entrevista 2, o sujeito nunca faz menção às suas próprias emoções, refere apenas o sentir do Outro cuidado, como na afirmação que se segue " (...) para que possam sentir-se pais (...)". Efetivamente de acordo com a Teoria do Cuidar de Jean Watson (2002), o processo de Cuidar pressupõe a presença de sentimentos intersubjetivos, por forma a libertar emoções e a promover o desenvolvimento da dimensão espiritual. Assim, na dinâmica do cuidado transcendental há constantes movimentos intersubjetivos, pelo que " (...) uma pessoa ri e outra que ouve torna-se alegre, ou uma pessoa que chora e outra que ouve sente pena. (Watson, 2002, p. 118). Neste âmbito Watson (2002) e Collière (2003), preconizam o uso do Eu como instrumento de cuidado.

Por seu lado, a Entrevista 1 também dá conta de que a aproximação inerente à Relação Terapêutica pode ser encarada como algo potencialmente melindroso, pelo que o sujeito parece assumir uma constante necessidade de controlo, aspeto visível nas afirmações: "(...) gosto de pensar que dei o meu melhor, alivia o meu sentir (...)"; "(...) custa principalmente desde que tenho

filhos (...)" ; "(...) penso conseguir estar próxima e afastar-me quando necessário (...)" .

A respeito do uso das emoções na prática de cuidados, num estudo desenvolvido por Diogo (2015), constata-se que perante experiências emocionalmente intensas, o sofrimento da pessoa cuidada pode ser transferido para o próprio enfermeiro, na sequência da empatia emocional desenvolvida, desta forma a capacidade do enfermeiro em gerir as emoções que emergem no seio da relação de cuidados, relaciona-se com a sua capacidade para autorregular as suas emoções. Quando o enfermeiro está emocionalmente instável, fica dificultada a função de autorregulação das próprias emoções (Diogo, 2015), podendo nesse caso recorrer a mecanismos de defesa como a fuga ou mecanismos de controlo.

Assim, sugere-se que os enfermeiros, no decorrer dos seus anos de prática, aprendam a conhecer e a reconhecer as suas próprias emoções. Considerando que uma emoção pode passar para o consciente sem que a pessoa faça por isso, no entanto a gestão do sentimento associado à emoção pode ser gerido, isto é, controlado (Rispaill, 2002).

Através desta atividade foi possível perceber que a temática da Relação Terapêutica, parece suscitar dúvidas quanto ao seu desenvolvimento e no que concerne à implicação do processo da dimensão emocional. Assim, surgem respostas que dão conta da dificuldade em expressar por palavras os aspetos da esfera emocional que estão presentes aquando do desenvolvimento de uma Relação Terapêutica. Efetivamente parece haver uma certa incapacidade em testemunhar e concretizar como foi possível estabelecer uma relação com o Outro de quem se cuida, aspeto espelhado na afirmação de Lopes (2005, p. 16), ao afirmar que " (...) a arte da presença pode fazer a diferença no contexto da experiência humana de doença. Percebi essa arte em muitos colegas, mas não consegui que me explicassem como o conseguiam." .

Em suma, esta atividade contribuiu para a aquisição de competências de EESCJ, uma vez que permitiu aceder a aspetos da relação com o cliente pediátrico, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010), nomeadamente no que respeita à promoção da vinculação (E 3.1), da esperança realista (E 3.2.3.), a importância de negociar com os pais o seu envolvimento com o RN (E 3.2.6.). Assim, esta atividade deu conta que de facto 'cuidar' implica ter

sensibilidade para o Outro e implica o estabelecimento da Relação Terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Collière, M. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Lopes, M. (2005). *Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma Relação*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor comunicar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice IV. Registro Reflexivo da Observação de uma Sessão do Curso
de Preparação para a Maternidade

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Registo Reflexivo da Observação de uma Sessão do Curso de Preparação para a Maternidade

Nome: Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro (6071)

Contexto: Cuidados de Saúde Primários

De acordo com o Modelo de Aprendizagem Reflexiva (Benner, 2001), a experiência assume um papel fundamental para o desenvolvimento de competências, bem como o processo de reflexão sobre a prática à luz da teoria. Neste sentido o presente registo reflexivo visa precisamente explorar uma experiência que teve lugar durante o estágio e refletir acerca dos aspetos mais pertinentes, procurando contextualizar com a literatura.

Numa primeira instância, importa salientar que a opção por desenvolver a atividade de observação de uma sessão de grupo relacionou-se com o facto de um dos meus objetivos centrais do estágio ser o de desenvolver competências relacionais, tendo em conta que a intervenção do enfermeiro pode ser dirigida a um indivíduo ou a grupos de pessoas. As estratégias de comunicação mobilizadas para o contexto individual são distintas das que são utilizadas em contexto de grupo, para além disso o profissional de saúde ao constituir o grupo, deve considerar alguns aspetos que tornem viável a intervenção no grupo, ou seja, os indivíduos que o constituem devem ter determinadas características em comum que promovam a coesão e o sentimento de pertença (Leal, Iniciação às Psicoterapias, 2005).

Destaca-se que Joseph Pratt (cit. por Leal, 2005), foi o mentor das terapias de grupo já na primeira década do século XX, utilizando esta prática inicialmente com pessoas diabéticas e mais tarde com pessoas com perturbação neurótica, observando que a principal vantagem da sua abordagem, que não utilizava qualquer coadjuvante psicoterapêutico, decorria da ação e da pertença grupal. Assim, o recurso à dinâmica de grupo passou a desenvolver-se em áreas distintas do saber.

Neste sentido, o grupo que participou na sessão por mim observada tinha como aspeto comum, o facto de todos os elementos estarem a vivenciar um período de preparação para a maternidade, sendo que apenas participavam casais grávidos num

tempo específico de gestação (a começar às 28 semanas). O Curso de preparação era constituído por seis sessões e a sua frequência era semanal, com a duração de cada sessão, aproximadamente, de 4 horas.

Cada sessão era subordinada a uma temática, que permitia, que os futuros pais desenvolvessem competências parentais, que lhes permitisse dar resposta às necessidades fisiológicas e afetivas dos seus bebés. A metodologia utilizada para cada sessão dependia da temática abordada, verificando-se que eram utilizadas, predominantemente, a metodologia expositiva e a experiencial.

Tratou-se da quarta sessão do grupo, pelo que as relações entre os indivíduos já tinham sido previamente estabelecidas, sendo que a escolha dos lugares decorria das preferências individuais, o que permitia perceber as relações sociais que tinham sido estabelecidas. Note-se que os indivíduos estavam dispostos em círculo, o que permitia o contato visual de todos os elementos, promovendo assim a partilha de sentimentos e emoções que era estimulada pelo gestor do grupo ou partilhada espontaneamente pelos participantes.

O gestor do grupo era uma enfermeira especialista, com vasta experiência em intervenção em grupos. Os grupos eram constituídos pela enfermeira, sendo também da sua responsabilidade o planeamento e a realização das sessões. A relação estabelecida entre a enfermeira e os casais, revelava o desenvolvimento de um forte sentimento de confiança, pelo que os casais pareciam encarar a enfermeira como uma profissional que lhes transmitia segurança e a quem poderiam recorrer caso necessitassem.

Por várias vezes, os casais expressaram que se sentiam ansiosos com o nascimento do filho, referindo que era securizante e tranquilizador saber a quem poderiam recorrer no futuro, em caso de dúvidas. De qualquer forma, a enfermeira recorreu por várias vezes ao reforço positivo verbal, por forma a encorajar os casais e a fazê-los ter consciência de que muito provavelmente teriam as competências necessárias para enfrentar futuras adversidades.

No decorrer da sessão observada, o tema desenvolvido relacionava-se com a prevenção de acidentes nos primeiros três meses de vida do recém-nascido, tratando-se de uma temática para a qual o grupo revelou muito interesse, expondo as suas dúvidas e angústias. Perante as angústias e receios partilhados, por várias vezes a gestora do grupo, recorreu à técnica de autorrevelação, reforçando que seria natural sentirem insegurança e receio perante os cuidados a prestarem aos filhos. Esta técnica pareceu-

me ter sido utilizada de forma muito subtil e pertinente, com repercussão tranquilizadora no grupo.

Face ao exposto, considero que como futura enfermeira especialista é fundamental desenvolver competências em contexto de sessões de grupo, uma vez que em saúde a intervenção não é apenas individual, mas também na comunidade, como por exemplo através de ações de educação para a saúde, em que o profissional, quando pertinente, deve incitar a população a mudar estilos de vida (redução do consumo diário de sal). A literatura refere que para promover a mudança de estilos de vida, é extremamente útil que ocorra uma comunicação afetiva. Por seu lado, o profissional deve revelar interesse nas preocupações expressas pelo Outro, transmitir segurança e assegurar apoio emocional (Teixeira, s.d.).

Desta forma, importa também promover a expressão das emoções, sendo que nas atuais conceptualizações de Enfermagem, se constata que é importante que o enfermeiro desenvolva competências específicas (comunicação, autoconhecimento, autoconsciência), para que intervenha como gestor emocional (Diogo, 2015). Porém deve ser considerado o *setting*, em que se induz a expressão emocional, na medida em que o ambiente circundante poderá ser facilitador ou inibitório desta partilha. Assim, fatores como: ambiente físico circundante, a proximidade física entre o profissional e o cliente de cuidados, os condicionantes temporais, exercem influência na relação desenvolvida com o Outro (Leal, 2008).

Em suma, tratou-se de uma atividade que permitiu perceber o quão importante é o recurso a um estilo de comunicação assertiva em contexto de grupo, utilizando técnicas como; o questionamento, escuta ativa, clarificação, compreensão, orientação, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Leal, I. (2008). *A entrevista psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Teixeira, J. (s.d.). Nota de Abertura - Comunicação em Saúde. *Análise Psicológica*.

Apêndice V. Diário de Campo II

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

6º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Diário de Campo II

Nome: Patrícia Isabel Bispo Pereira Baltar Guerreiro

Contexto: Serviço de internamento de Pediatria (Hospital Distrital de Lisboa)

O serviço de internamento de Pediatria recebe crianças e jovens com os mais variados diagnósticos e com necessidades individuais muito específicas, o que no meu entender, implica uma enorme plasticidade por parte do enfermeiro, no que respeita aos seus conhecimentos teóricos e ao saber-ser e saber-estar, adaptando os cuidados a cada uma das pessoas cuidadas, procurando atingir a excelência dos cuidados prestados.

Desta forma, importa realçar que o conhecimento que o enfermeiro detém de si próprio irá influenciar fortemente as relações de cuidados que estabelece, aspeto reforçado por Rispail (2002), ao sugerir "Conhecer-se melhor para melhor comunicar (...) melhorar a sua relação com os outros (...)" (Rispail, 2002, p. 5). A necessidade de auto-conhecimento advém da exposição constante ao stress, doença, sofrimento e morte, a que os profissionais de saúde estão sujeitos.

Nesta sequência, durante o meu percurso de estágio num serviço de Pediatria senti necessidade de refletir com maior profundidade acerca de uma situação de cuidados que considero que foi muito desafiante e emocionalmente intensa, apelando por isso, ao uso minucioso das técnicas de comunicação por forma a ser o mais assertiva possível. À semelhança da reflexão anterior recorro ao ciclo de Gibbs para estruturar a reflexão.

Numa primeira instância, gostaria de ressaltar que o início da relação terapêutica estabelecida com o cliente de cuidados, ocorreu anteriormente ao estágio, pelo que tem sido desenvolvida desde meados de setembro do ano que passou. Trata-se de um lactente que conheci pela primeira vez, quando tinha aproximadamente um mês de vida, em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios. Recordo-me que num primeiro contato, a mãe S. estava extremamente preocupada com a situação clínica do

seu filho, para a qual ainda não tinha sido possível determinar um diagnóstico concreto, aspeto que esta referia e atribuía a falta de competência por parte da equipa de saúde.

Desta forma, mediante a percepção negativa que a mãe tinha desenvolvido relativamente aos profissionais de saúde, procurei explorar este aspeto, disponibilizando espaço para expressão de sentimentos, de dúvidas e de expetativas. Saliento que o contexto de Unidade de Cuidados Intermédios favorecia a presença permanente do enfermeiro no mesmo espaço que os clientes de cuidados.

Assim, no decorrer dos turnos a mãe S. foi-se habituando a este espaço que lhe proporcionava para expressão, o que de algum modo me parecia ser catártico para a mesma. O tempo passou, o internamento já era muito prolongado, o quadro respiratório e a redução da ingesta era mantida, o que implicava procedimentos invasivos que eram dolorosos para a mãe S., a qual verbalizava constantemente "coitado do meu menino, tão pequenino, para quê isto, se nem sabem o que ele tem?" (sic mãe S.).

Entretanto, até à data o menino, já de quatro meses e meio, permaneceu mais tempo em contexto hospitalar do que na sua casa. Em dezembro o estado geral degradou-se e a inexistência de diagnóstico mantinha-se, foi submetido a inúmeros exames complementares de diagnóstico (rastreios metabólicos, genéticos, estudo neurológico através de eletroencefalograma, ecografias transfontanelares, entre outros). Salienta-se que os pais são consanguíneos e que a mãe S., decorrente de uma doença que teve anos antes do nascimento do filho, tinha-lhe sido transmitido que não poderia engravidar, pois a doença tinha gerado infertilidade.

O sofrimento da mãe S. e do seu filho, torna-se visível e mais acentuado de dia para dia, aspeto mais evidente desde o seu regresso da Unidade de Cuidados Intensivos, onde lhe foi comunicado que a vida do seu filho estava em risco eminente, com paragens respiratórias diárias. Note-se que a situação foi exposta à Comissão de Ética do Hospital, que decretou ordem de não reanimação, implicando intervenção, mas sem o recurso a medidas heróicas.

Note-se que a mãe S., durante o internamento do seu filho na Unidade de Cuidados Intensivos, deslocou-se ao serviço de Pediatria para ir ao meu encontro, sendo que procurei de todas as vezes transmitir compreensão, agradecer a confiança depositada e reforçar que "estão a fazer o melhor possível pelo seu filho". Atualmente, o T. já está novamente internado na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Pediatria e mantém-se esta relação de confiança, contudo o discurso da mãe S. está

progressivamente mais agressivo, dando conta de uma revolta interior crescente. A mãe, no seu íntimo parece ter consciência do estado crítico do seu filho, mas por várias vezes verbalizou aspetos ambivalentes: "este menino já foi um milagre, por isso ainda vos vai surpreender", "eu prefiro ter o meu filho um vegetal mas tê-lo cá".

No que respeita ao contexto familiar e à rede de suporte primária, a mãe S. está permanentemente junto do filho "tenho medo de ir a casa, quero estar com ele" (sic mãe S.), recebeu a visita do pai apenas algumas vezes nos primeiros tempos de internamento, atualmente não o tem visitado e inclusivamente ocorreu rutura da relação entre o casal. Assim, o apoio que a díade recebe é unicamente do sogro e da madrinha do T.

Trata-se de uma situação emocionalmente muito intensa, podendo ser considerada como um "encontro emocionalmente difícil" (Diogo, 2015, p. 112), passível de acontecer em contexto de Internamento de Pediatria. Pelo que na minha prática de cuidados investi na relação de cuidados, recorrendo de forma consciente e intencional a técnicas e estratégias de comunicação, tendo a intenção constante de imprimir afeto nos meus atos, aspeto fundamental para o Cuidar, sendo que o "Cuidar e o amor são as forças cósmicas mais universais (...) frequentemente estas necessidades são negligenciadas" (Watson, 2002, p. 61).

Assim, perante a potencial perda de um ente querido, principalmente tratando-se de um filho, procurei promover um ambiente afetuoso e acolhedor que possibilitasse a expressão de sentimentos. Recorri bastante à escuta ativa, exploração, técnica de compreensão, reformulação, reforço positivo, silêncio reflexivo, o estar presente e de forma muito cautelosa recorri à autorrevelação.

A literatura defende que numa relação terapêutica manter a unilateralidade da relação e a intencionalidade da mesma é deveras importante, em que o foco do cuidado é a pessoa, pelo que a atenção deve ser dirigida à mesma, neste caso à díade, porém a técnica de autorrevelação pode ser usada criteriosamente, uma vez que implica a exposição do próprio, tendo a vantagem de contribuir para o fortalecimento da relação e a transmissão da compreensão, para além disso devem fazer menção a aspetos afetivos e não a factos concretos das vivências do profissional (Leal I. , 2008).

Esforcei-me por intervir sempre com intencionalidade, contudo esta situação gerou em mim uma inquietação e tristeza, talvez por meio de um mecanismo de identificação. Efetivamente cuidar de crianças em fim de vida implica a aquisição de

competências muito específicas, no que respeita à comunicação com a criança e sua família, bem como no que se relaciona à dimensão emocional dos profissionais (Bergstraesser, Zimmermann, Eskola, Luck, Ramelet, & Cignacco, 2015). Desta forma, Muetzel (1988, cit. por Diogo, 2015), refere que o desenvolvimento pessoal e o uso terapêutico do *self* exercem influência na gestão das emoções dos enfermeiros, nas relações que constroem com os clientes dos cuidados.

Assim, na minha perspetiva as entidades empregadoras parece valorizarem pouco a dimensão emocional dos seus colaboradores, aspeto bem presente na situação que referi e que atualmente gera inquietação na minha pessoa e também nos meus colegas, motivo pelo qual tenho procurado promover momentos de partilha por forma a explorar o sentir individual. Não há formulas resolutivas mágicas, mas a expressão de sentimentos com os pares pode ser muito benéfica neste tipo de situação, para além disso, a literatura defende que o apoio entre colegas constitui um fator que facilita a disposição para o cuidar (Diogo, 2015).

Em suma, apesar de se tratar de uma situação emocionalmente intensa, estas situações quando geridas de forma adequada e reflexiva, contribuem para um maior conhecimento de si próprio e para uma maior capacidade de resiliência no que respeita à frustração que a prestação de cuidados a crianças em fim de vida pode gerar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bergstraesser, E., Zimmermann, K., Eskola, K., Luck, P., Ramelet, A.-S., & Cignacco, E. (2015). Paediatric end-of-life care needs in Switzerland: current practices, and. *Journal of Advanced Nursing* , 1-8.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Leal, I. (2008). *Entrevista Psicológica: Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor comunicar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice VI. Proposta de Adequação dos Registos

PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO DOS REGISTOS

No âmbito da Enfermagem Pediátrica observa-se que os enfermeiros assumem um nível de envolvimento, aparentemente elevado, porém a visibilidade que dão a este processo é diminuta, aspeto reforçado por Lopes (2005), ao afirmar que as teorizações relativas à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem parecem espelhar uma clivagem entre os cuidados relacionais e os outros. A Relação Terapêutica desenvolvida entre o enfermeiro e o cliente de cuidados constitui um processo crucial para o 'cuidar', que implica reciprocidade e uso do próprio *self* (Watson, 2002).

A literatura revela que a Relação Terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o cliente de cuidados, assume uma importância primordial, por contribuir para: a promoção do sentimento de esperança, redução da ansiedade, favorece o sentimento de controlo do cliente de cuidados e reduz o risco de recaídas (Reed, 2008, cit. por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011). Por sua vez, o nível de confiança no profissional, bem como a demonstração de compreensão por parte do mesmo em relação ao cliente de cuidados, favorece a adesão terapêutica (Freeman, 2002, Rogers, 2006, cit por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011).

Desta forma, todas as intervenções realizadas devem ser documentadas, o que se aplica às intervenções no âmbito da relação de cuidados, pelo que apresento uma proposta de adequação dos registos.

Relação de Cuidados	
Criança/Jovem	Pessoa Significativa
Comportamento/abordagem	Comportamento/abordagem
<input type="checkbox"/> Sorridente	<input type="checkbox"/> Afável
<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Comunicativo
<input type="checkbox"/> Renitente	<input type="checkbox"/> Renitente
<input type="checkbox"/> Inibido	<input type="checkbox"/> Inibido
Relação/parentalidade/tríade	<input type="checkbox"/> Harmoniosa <input type="checkbox"/> Conflituosa
Estratégias de Comunicação Utilizadas	
<input type="checkbox"/> Recursos do Brincar	<input type="checkbox"/> Compreensão
<input type="checkbox"/> Questionamento	<input type="checkbox"/> Confronto
<input type="checkbox"/> Promoção da Expressão Emocional	<input type="checkbox"/> Orientação
Observações:	

Apêndice VII. Documentos para Formação em Serviço

Sessão de Formação

A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica

Elaborado por:
Patrícia Baltar
(Enfermeira)

Lisboa
2016

A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica

Agenda

Objetivos

Aspetos Teóricos

Atividade prática

- Processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica;
- Comunicação Terapêutica;
- Atividade prática:
 - Exercício que apela à reflexão acerca dos estilos de comunicação

Agenda

Objetivos

Aspectos Teóricos

Atividade prática

Promover a reflexão relativa ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica.

Agenda

Objetivos

Aspectos Teóricos

Atividade prática

Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica



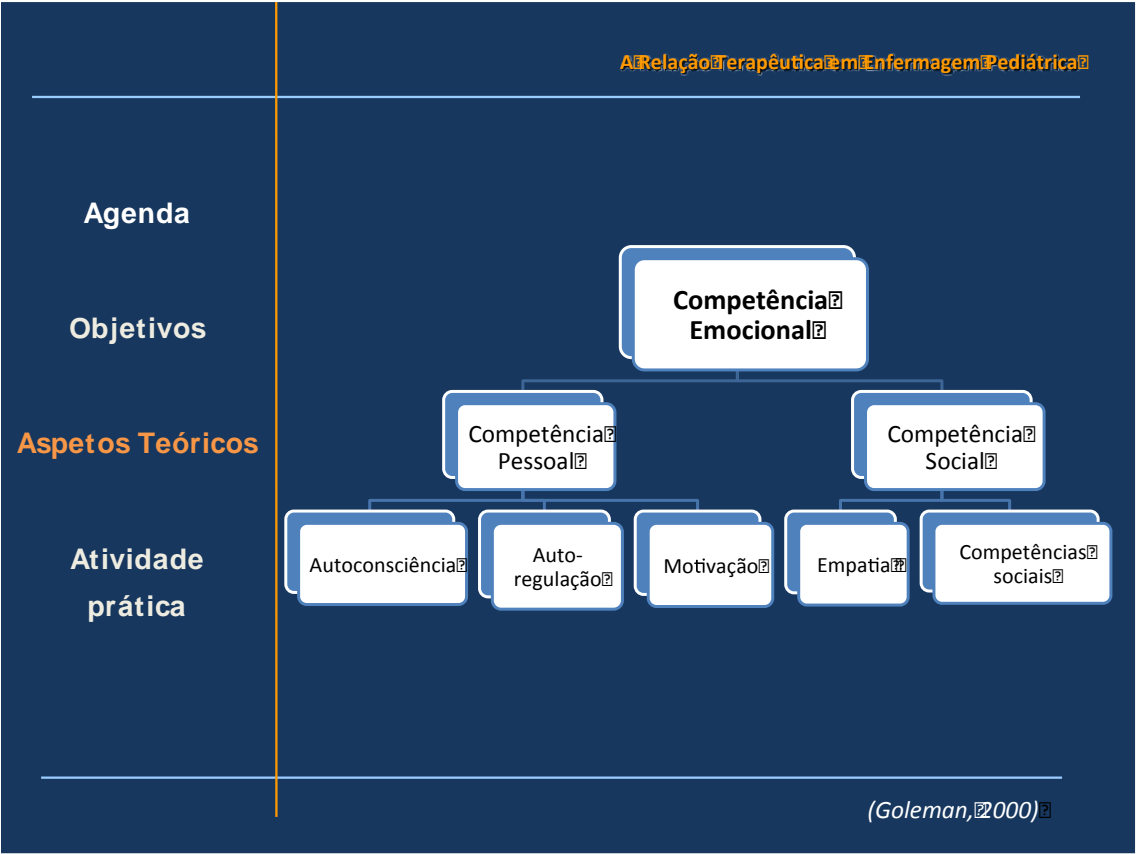
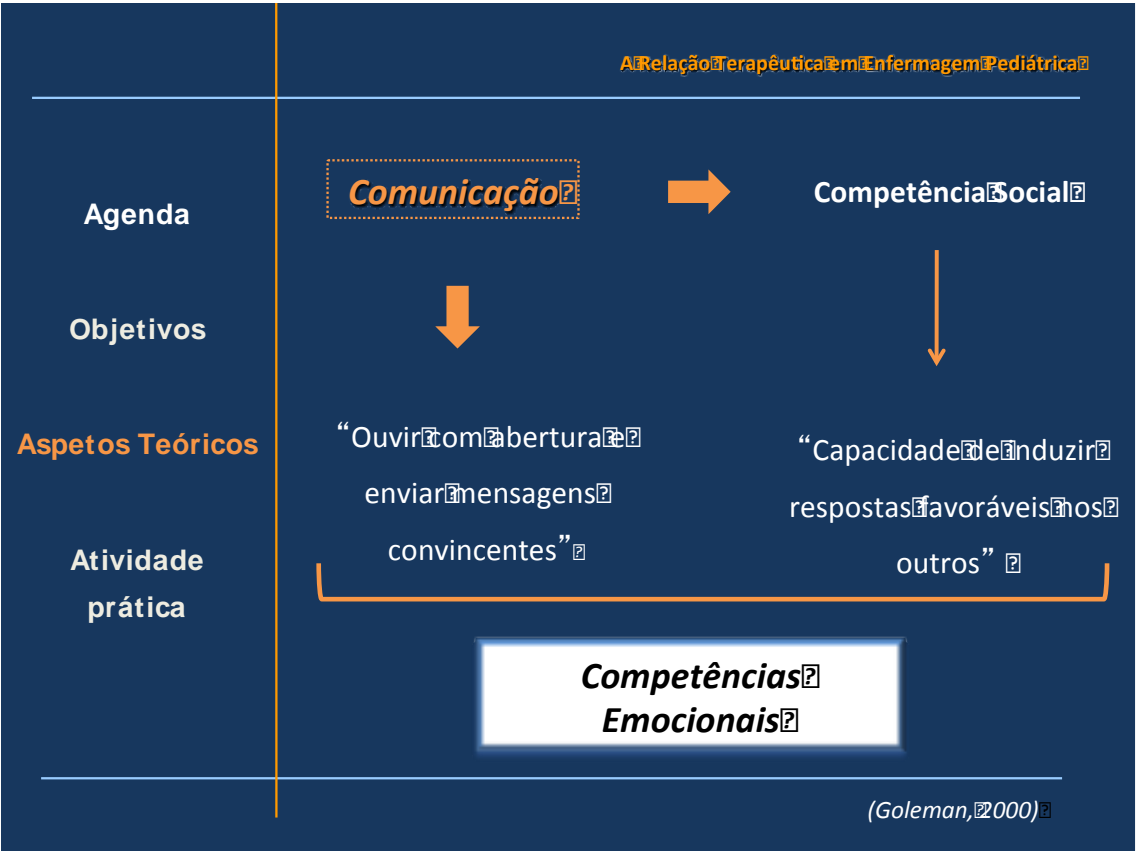
A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica	
	Pertinência do Tema
Agenda	
Objetivos	Os enfermeiros deste serviço tendem a dar bastante ênfase às pessoas de quem cuidam. (Watson, 2002, 2005), desenvolvendo RT, e aparentemente, de qualidade.
Aspectos Teóricos	
Atividade prática	Os registros de enfermagem não dão visibilidade a esta relação.

	A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica
Agenda	<div> <div>Relação Terapêutica</div> <div>Teoria do Cuidar</div> </div>
Objetivos	<div> <div>Relação Terapêutica em Enfermagem</div> <div>Indispensável e fundamental para o Cuidar</div> </div>
Aspetos Teóricos	
Atividade prática	<p>A Relação de Cuidar é concebida "enquanto uma união com outra pessoa(...)" assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade (Watson, 2002, p. 11).</p>

	A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica
Agenda	<div> <div>Relação Terapêutica</div> </div>
Objetivos	<p>A Relação Terapêutica contribui especificamente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Promoção do Sentimento de Esperança; ❖ Redução da Ansiedade; ❖ Favorece o Sentimento de controlo do cliente/cuidados; ❖ Reduz o risco de recaídas.
Aspetos Teóricos	<p>(Reed, 2008, cit. por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011)</p>
Atividade prática	<p>O nível de confiança no profissional, bem como a demonstração de compreensão por parte do mesmo em relação ao cliente/cuidados, favorece a adesão terapêutica.</p> <p>(Freeman, 2002, Rogers, 2006, cit. por Dusseldorp, Goossens, & Achterberg, 2011)</p>

	<p>A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica</p>
Agenda	<p>Relação Terapêutica</p>
Objetivos	<p>Relação Terapêutica em Enfermagem</p>
Aspectos Teóricos	<p>Antecedentes Consequentes</p> <p>Confiança Conforto</p> <p>(Simão e Oliveira e Lopes, 2010)</p> <p>O processo de relação é constituído por três fases sequenciais:</p> <p>Princípio da Relação → Corpo da Relação → Fim da Relação</p> <p>“há que criar condições para que a relação possa ocorrer”</p> <p>(Lopes, 2005, p. 243).</p>
Atividade prática	

	<p>A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica</p>
Agenda	<p>Relação Terapêutica</p>
Objetivos	<p>Relação Terapêutica em Enfermagem</p>
Aspectos Teóricos	<p>Comunicação</p> <p>Principal instrumento terapêutico do enfermeiro, implicando duas componentes, uma cognitiva e outra afetiva (Phaneuf, 2005).</p>
Atividade prática	<p>Importa adaptar as estratégias de comunicação aos grupos etários das crianças cuidadas.</p>



Agenda

Goleman (2000) definiu:

•

❖ **Inteligência Emocional**

•

“capacidade de auto-consciência, motivação, auto-domínio, empatia e boa gestão das relações interpessoais”

•

❖ **Competência Emocional**

•

“(…) uma capacidade aprendida, baseada na inteligência emocional, que resulta de um desempenho extraordinário no trabalho (...)”

•

Atividade prática



Desta forma, a competência emocional revela o potencial da inteligência emocional nas capacidades profissionais.

Agenda

Estilos de Comunicação

Objetivos

• Passivo

Aspectos Teóricos

• Agressivo

Atividade prática

• Manipulador

• Assertivo

	A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica
Agenda	Atividade
Objetivos	Instrução: Leia atentamente o texto seguinte e organize as respostas de acordo com os estilos de comunicação indicados.
Aspetos Teóricos	A Sra. D. Fátima, mãe do Gabriel, um menino internado na Cama 38, com o diagnóstico de meningite, durante o turno da tarde de domingo, aproxima-se da sala de trabalho dos enfermeiros, aparentemente zangada, falando extremamente alto: “Eu quero falar com um médico, ninguém me diz o que é que o meu filho tem e porque é que está cá internado. Quero me ir embora, não he estão a fazer nada, para isto prefiro estar em casa, são todos incompetentes!”

	A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica								
Agenda	Atividade								
Objetivos	Instrução: Leia atentamente o texto seguinte e organize as respostas de acordo com os estilos de comunicação indicados.								
Aspetos Teóricos	<table><tr><th>Estilos de Comunicação</th><th>Possíveis Respostas</th></tr><tr><td>A. Agressivo</td><td></td></tr><tr><td>B. Passivo</td><td></td></tr><tr><td>C. Assertivo</td><td></td></tr></table>	Estilos de Comunicação	Possíveis Respostas	A. Agressivo		B. Passivo		C. Assertivo	
Estilos de Comunicação	Possíveis Respostas								
A. Agressivo									
B. Passivo									
C. Assertivo									

Atividade

Agenda

Sugestão de resposta:

Objetivos

Aspectos Teóricos

Atividade prática

Estilos de Comunicação	Possíveis Respostas
A. Agressivo	“Opa! Já é Sr. Não fala assim comigo, aqui não há médico nenhum, quer um vá à urgência. Agora deixa-me trabalhar.”
B. Passivo	“Ah! Pois, eu chamo um médico” (Num domingo teria que bipar o MUI)
C. Assertivo	“Eu percebo a sua preocupação, não é agradável ter um filho doente a estar no hospital. Quanto ao motivo pelo qual está cá, diga-me o que fez vir à urgência?”

Agenda

“(…) e então voltou para o pé da raposa e disse:

- Adeus...

Objetivos

- Adeus. Disse a raposa.

Aspectos Teóricos

- Vou te contar o tal segredo: Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos...

- O essencial é invisível para os olhos. Repetiu o Príncipezinho, para nunca mais se esquecer. (...)”

Atividade prática

(In “Príncipezinho”, Saint-Exupéry)

Obrigada pela vossa participação!

Referências Bibliográficas

- Collière, M. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel.
- Dusseldorp, L., Goossens, P., & Achterberg, T. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing* (32), 2-19.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Lopes, M. (2005). Os Utentes e os Enfermeiros: Construção de uma Relação. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, F. (2007). A Comunicação nos Serviços de Saúde: um estudo sobre as reclamações do serviço nacional de saúde português (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Lisboa: Universidade Aberta.
- Simão de Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construi laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14, 67-74.
- Teixeira (s.d.). Nota de Abertura - Comunicação em saúde. *Análise Psicológica*.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

PLANO DE SESSÃO (IMPRESSO DE FORMAÇÃO)

Serviço	Pediatría		
Designação da Ação de Formação	A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica		
Objetivos	Promover a reflexão relativa ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica.		
Competências a adquirir	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos Teóricos no que concerne ao processo de desenvolvimento da Relação Terapêutica com o cliente Pediátrico; - Conhecimentos teórico práticos quanto à comunicação terapêutica. 		
Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinência do tema; - <i>Brainstorming</i> a respeito da Relação Terapêutica; - Enquadramento teórico do conceito central; - Atividade prática relativa aos estilos de comunicação. 		
Destinatários (Grupo Profissional, Nº por Acção)	Enfermeiros do serviço de Pediatría		
Equipa Pedagógica	Patrícia Baltar (enfermeira)		
Coordenação	Catarina Escobar (Enfermeira Especialista em Saúde da Criança e do Jovem)		
Método(s)/Meio(s) Pedagógicos	Expositivo (PWP) e participativo		
Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa)	Quantitativa		
Data(s)	3 de junho de 2016		
Horário	10h	Nº Total Horas	1h
Local	Centro de Formação		

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
- A Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica -

Numa perspetiva de melhoria contínua gostaria de conhecer a sua apreciação a respeito da sessão de formação, para o que solicito que responda às questões que se seguem, assinalando com uma cruz (X) a opção que mais corresponde à sua opinião.

1	2	3	4
Insuficiente	Médio	Bom	Excelente

Itens avaliados	1	2	3	4
O Formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?				
O Formador contribuiu para criar um clima propício à participação?				
A metodologia utilizada foi adequada?				
A sessão permitiu a atualização e aquisição de conhecimentos úteis para a prática clínica.				

Que aspetos, no âmbito da Relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica, gostaria de aprofundar numa futura sessão de formação?

AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO.